الجامعة الإسلاميـة– غزة
عمادة الدراسات العليا
كليـة التربيـــة
قسم علم النفــس



" الأفكار اللاعقلانية وعلاقتـها ببعض الاضطرابات النفسيـة لدى طلبـة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة "

إعداد الطالب
ضياء عثمان خالد أبو جحجوح

إشراف الدكتور
نبيل كامل دخان

رسالة مقدمة لقسم علم النفس بكلية التربية بالجامعة الإسلامية بغزة كمتطلب تكميلي لنيل درجة الماجستير في علم النفس

١٤٣٣هـ - ٢٠١٢م

بسم الله الرحمن الرحيم

﴿إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ وَاخْتِلافِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ وَالْفُلْكِ الَّتِي تَجْرِي فِي الْبَحْرِ بِمَا يَنفَعُ النَّاسَ وَمَا أَنزَلَ اللَّهُ مِنَ السَّمَاءِ مِن مَّاءٍ فَأَحْيَا بِهِ الأَرْضَ بَعْدَ مَوْتِهَا وَبَثَّ فِيهَا مِن كُلِّ دَآبَّةٍ وَتَصْرِيفِ الرِّيَاحِ وَالسَّحَابِ الْمُسَخَّرِ بَيْنَ السَّمَاءِ وَالأَرْضِ لآيَاتٍ لِّقَوْمٍ يَعْقِلُونَ﴾

البقرة: ١٦٤

إهداء

* إلى من أضاء بعلمه درب الباحثين ..وهدى بالجواب الصحيح حيرة السائلين... فأظهر بسماحته تواضع العلماء ...وبرحابته سماحة العارفين ، إلى روح معلمي الأول الذي أضاء لي نور الطريق... إلى الأديب والروائي القاص... الى مربي الأجيال .. الى روح والدي الطاهرة رحمه الله ... لك منى كل الحب وجل الوفاء ...

* إلى من تعجز الكلمات عن شكرها.. إلى من قدمت.. وضحت..وصبرت.. الى من سهرت الليالي لتمنحني دفئ الحياة.. إلى من كانت سندي وعوني ..وقدمت لي الكثير الكثير ... إلى مربية الأجيال... والدتي.. أطال الله في عمرها .

* إلى من كانوا عونا وسندا... إخوتي وأخواتي الأعزاء... حفظهم الله جميعا

* إلى من شاركتني الصبر والعناء ..وسهر الليالي .. إلى من وقفت بجانبي طيلة دراستي ، إلى زوجتي الكريمة ... لكي مني كل الوفاء..

* إلى من يدعون لنا في ظهر الغيب .... إلى من نحبهم ويحبوننا في الله ..

الباحث

شكر وتقدير

" رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَى وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ " النمل (١٩)

الحمد لله رب العالمين حمدا كثيرا طيبا مباركا ،الحمد لله الذي علمنا وأنعم علينا بعلمه ونعمه نعما كثيرة لا تعد ولا تحصى والصلاة والسلام على سيدنا محمدا خاتم الأنبياء وأشرف المرسلين ، وعلى اله وصحبه أجمعين ، فالحمد لله أولا وأخيرا على نعمه التي لا تعد ولا تحصى ، كما أحمده عز وجل بأن من على بإتمام هذه الرسالة ، وأصلي وأسلم وأبارك على المصطفى الأمين محمدا صلى الله علية وسلم ، عليه أفضل الصلاة والتسليم معلم البشرية الأول القائل "من لا يشكر الناس لا يشكر الله ".

ثم أتقدم بالشكر والعرفان إلى الأم المعطاء والحنون **والدتي** التي أمدتني بوافر الدعاء في كل صباح ومساء فأسال الله عز وجل أن يجزيها عني خير الجزاء وأن يقدرني على رد جزء يسير من أفضالها علي وأن يطيل في عمرها .

وأتقدم بالشكر الجزيل لقسم علم النفس بالجامعة الإسلامية وأخص بالذكر الدكتور/ **نبيل كامل دخان** الذي أشرف على هذه الدراسة وقد سار معي خطوة بخطوة فيها وما كانت هذه الدراسة لتنجز لولا متابعته الدقيقة لها وتوجيهه وإرشاده لي وأتمنى أن يمنحه الله عز وجل دوام الصحة والعافية وأتقدم بالشكر الجزيل الى أساتذتي الموقرين في لجنة المناقشة

الأستاذ الدكتور **محمد الحلو** والدكتور **هشام غراب**.

والشكر موصول لكل من ساندي ووقف بجانبي في انجاز هذه الدراسة المتواضعة التي اسأل الله عز وجل أن ينفع بها طلبة العلم

ملخص الدراسة

هدفت هذه الدراسة للتعرف على العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية ومعرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية والتعرف إلى الفروق بين الطلبة تبعا للجنس ،والمستوى الدراسي (الأول والرابع) ، ومكان السكن ، وقد استخدم الباحث مقياس الأفكار اللاعقلانية وهو من إعداد سليمان الريحاني (١٩٨٧) ومقياس قائمة الأعراض المرضية من إعداد ليونارد ٠ديروجيتش ، رونالدس ٠ليمان ،لينوكوفي وترجمه للعربية عبد الرقيب احمد إبراهيم ، وقام الباحث باستخدام المنهج الوصفي التحليلي حيث تم اختيار العينة بالطريقة العشوائية الطبقية و اشتملت عينة الدراسة على (٥٣٣) طالب وطالبة من جامعتين (الأقصى و الإسلامية) وقام الباحث بإجراءات الصدق والثبات للمقياس واستخدام عدة أساليب إحصائية من أهما اختبار سيبرمان لإيجاد العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية واختبار تحليل التباين الأحادي واختبار t-test، وخلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية :

* توجد علاقة طردية ذات دلاله إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى أفراد العينة.

*لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية تعزى لاختلاف منطقة السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم، قرية، مدينة).

* توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث) لصالح الذكور.

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة. (أول ، رابع).

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

* لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث).

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول، رابع).

* لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

Abstract

This study aims to recognize the relationship between irrational ideas and psychological disorders among Palestinian universities student, demonstrate the prevalence of irrational ideas, and identify the differences according to sex, academic specialty, the first and fourth grades, and the place of residence. The researcher used the “irrational ideas scale” Sulaiman al-rihany (1987)], and the Symptom Checklist [SCL-90-R, Derogatis LR, Lipman RS, Covi L., translated by A.A.Ibrahim). the descriptive analytical approach was used, where a randomly selected sample (by stratified random sampling) consists of **533** students from both sexes from two universities (Al-Aqsa university and The Islamic university in Gaza). the researcher applied validity and reliability standards and used several statistical measures including Spearman's rank correlation coefficient to identify the relationship between irrational ideas and psychological disorders. The results of the study were as follows:

- There is a statistically significant relationship between the grade of irrational ideas and the psychological disorders.
- There is no statistically significant differences in the level of irrational ideas between different places of residency (city, village, camp)
- There is a statistically significant differences in the level of irrational ideas between different sexes in the studied sample (males, females) for males .
- There is no statistically significant differences in the level of irrational ideas between different academic grades (first grade, fourth grade)

- There is no statistically significant differences in the level of irrational ideas between different socioeconomic statuses in the studied sample (low, moderate, high)
- There is no statistically significant differences in the level of psychological symptoms between different places of residency (city, village, camp)
- There is no statistically significant differences in the level of psychological symptoms between different sexes in the studied sample (males, females)
- There is no statistically significant differences in the level of psychological symptoms between different academic grades (first grade, fourth grade)
- There is no statistically significant differences in the level of psychological symptoms between different socioeconomic statuses in the studied sample (low, moderate, high)

قائمة المحتويات

الفصل الأول
خلفية الدراسة

- المقدمة .
- مشكلة الدراسة .
- أهداف الدراسة .
- أهمية الدراسة .
- مصطلحات الدراسة .
- حدود الدراسة .

الفصل الأول

خلفية الدراسة

مقدمة الدراسة:

مكث الإنسان يبحث عن المعرفة عبر العصور محاولا الإلمام بكافة الأشياء حتى يعرف كيف يتعامل معها ويتصرف بها سعيا لتسخيرها لخدمته ، لذلك بقيت الخبرة والمعرفة هما الجانبان الأهم في حياة الإنسان والشعوب والحضارات من اجل التطور والنهوض وتحقيق الغايات والأهداف الحياتية.

إن معرفة الأفراد وإدراكهم لمواضيع معينة هي التي تحدد طريقة استجابتهم لهذه المواضيع بناء على خبراتهم ومعرفتهم السابقة عنها، لذلك إن المعرفة التي نجلبها من خلال خبراتنا تلعب دورا هاما في تحديد أنماط الحياة التي قد نسير عليها وتحدد سلوكنا الذي نسلكه في شتى مجالات الحياة المهنية والتعليمة والاجتماعية والنفسية ، فمن هنا إن صلحت معرفتنا بموضوع ما دون تأويل أو تشويه وتهويل له ، صلح نهجنا وسلوكنا الذي نتبعه حول هذا الموضوع ونكون قد أدركنا الأمور كما ينبغي أن تدرك في نطاقها السليم ونجحنا في تحقيق أهدفنا المرجوة منه ، وان كانت معرفتنا بالأشياء غير صالحه وغير منطقية بحيث لا تتناسب هذه الأفكار والمدركات مع الواقع فان النهج والسلوك الذي سوف نتبعه بالتأكيد سوف يكون غير سوى ومضطربا ، فمن هنا تبرز أهمية الإدراكات الصحيحة والأفكار العقلانية التي يجب أن يتعلمها الفرد عن كافة الأمور التي تحيط به لكي تكون هذه الأفكار هي السور الواقي والحصن المنيع ضد الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية التي يمكن أن تنمو لدى الفرد من خلال خبراته السابقة التي عايشها سواء في أسرته من خلال التنشئة الاجتماعية أو في مجتمعه أو من خلال الثقافة التي يعيش في إطارها و غيرها من الأسباب التي تساعد على نمو الأفكار اللاعقلانية. ويركز الباحث هنا على الأفكار اللاعقلانية والتي تكون ذات علاقة وطيدة في نشأة الاضطرابات النفسية التي يمكن أن يصاب بها الأفراد جراء الاعتقاد بها.

ولأهمية الجانب المعرفي في السلوك الإنساني فقد حظي بالعديد من الدراسات النفسية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي بين علماء النفس والباحثين في ميدان علم النفس والتي كان على رأسها نظرية ألبرت أليس صاحب نظرية "العلاج العقلاني الانفعالي " .

فقد برز في السنوات الأخيرة التوجه في التركيز على أهمية الجانب المعرفي من شخصية الأفراد في تقدير انفعالاتهم وفى تكيفهم وتوافقهم النفسي والاجتماعي بحيث أصبح يحظى باهتمام العديد من الباحثين في المجال السيكولوجي بصفة عامة (الشيخ ،١٩٩٠ ،ص٢٦٥-٢٨٣)

حيث عرف ألبرت أليس الأفكار اللاعقلانية " بأنها تلك الأفكار السالبة الخاطئة وغير المنطقية وغير الواقعية والتي تتسم بعدم الموضوعية والذاتية ،وتتأثر بالأهواء الشخصية والمبنية على توقعات وتعميمات خاطئة ،وعلى مزيج من الظن والاحتمالية ، والتهويل والمبالغة التي لا تتفق مع إمكانات الفرد الواقعية (Ellis,1977:18).

كما وضع ألبرت أليس تصورا خاصا بنظريته حول طبيعة مثل هذه الأفكار اللاعقلانية التي يمكن أن يتسم بها بعض الأفراد العصابيين و المسببة للعصاب والمرض النفسي بشكل عام حيث وضع إحدى عشرة فكرة لاعقلانية من خلال خبراته في ميدان الإرشاد والعلاج النفسي سوف يتم التطرق لها خلال هذا البحث بالتفصيل ويرى أليس في نظريته حول تفسيره للعصاب بأن هذه الأفكار هي العنصر الرئيس في نشأة الاضطرابات النفسية .

يسعى الباحث إلى قياس مدى علاقة الأفكار اللاعقلانية بنشأة الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات في قطاع غزة ، حيث أن هذه الدراسة سوف ترتكز على معرفة مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعات في قطاع غزه و مدى علاقتها في نشوء بعض الاضطرابات النفسية ، ونظرا لأهمية الدراسة فان هناك العديد من الدراسات التي تناولت الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية ومنها دراسة (عبد الغفار:٢٠٠٧) والتي تناولت الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة قوامها ٦٦٠ طالب وطالبة من طلبة جامعة بني سويف بمصر من مختلف الكليات والتي أظهرت الدراسة بوجود علاقة دالة تنبئيه بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب ودراسة (العقاد، وقاعود :١٩٩١) حيث تناولت الدراسة الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك الهازم للذات لدى عينة من المراهقين والمراهقات ومعرفة الفروق بين الجنسين ومعرفة الفروق بين القسم الأدبي والعلمي وخلصت النتيجة إلى وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والسلوك الهازم للذات في حين لم تظهر أي فروق في اختلاف الجنسين بالنسبة للأفكار اللاعقلانية في حين ظهرت فروق في السلوك الهازم للذات لصالح الإناث عن الذكور ووجود فروق بين القسمين الأدبي والعلمي .

والعديد من الدراسات العربية والأجنبية التي اهتمت في دراسة الأفكار اللاعقلانية ومدى تأثيرها على نشوء الاضطرابات النفسية ، ولعل الباحث يريد من خلال هذه الدراسة التركيز على الجانب المعرفي من أجل زيادة وعى الإباء والمربين والتربويين والأكاديميين ومؤسسات المجتمع المحلى ذات العلاقة عامة، بأهمية مجال التفكير وطبيعته لدى الطلبة من اجل الاهتمام بالأفكار اللاعقلانية التي قد تكون هي العنصر والجوهر الرئيسي حول نشوء الاضطرابات النفسية لدى فئة الشاب والطلبة الجامعين ،ومعرفة أسباب تكوين وظهور مثل هذه الأفكار من اجل الوقوف عندها ، والسعي إلى وضع خطط وبرامج ربما تساعد في تقليص نشوء مثل هذه الأفكار الهازمة للفرد و للذات ، وبذلك قد نكون استطعنا أن نقدم شيئا مهما في زيادة الوعي والمعرفة لدى

طلابنا وشبابنا ومساعدتهم على تبني أفكارا عقلانية تتناسب مع مجتمعنا وقيمه مما يساهم في بناء ذواتهم الايجابية .

مشكلة الدراسة :_

تتمثل مشكلة الدراسة في السؤال الرئيس التالي :_

ما مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة ؟ وما مدى علاقتها ببعض الاضطرابات النفسية؟

و يتفرع من هذا التساؤل الأسئلة الفرعية التالية

١_ما مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة.

٢_ما مستوى الأعراض المرضية لدى أفراد العينة.

٣_ هل توجد علاقة ذات دلاله إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى عينة الدراسة.

٤_هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى عينة الدراسة (مخيم، قرية، مدينة).

٥_هل توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث).

٦_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى عينة الدراسة. (أول ، رابع).

٧_ هل توجد فورق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

٨_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم، قرية ، مدينة).

٩_ هل توجد فورق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث).

١٠_ هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى عينة الدراسة . (أول، رابع).

١١_ هل توجد فورق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

أهداف الدراسة :_

تهدف هذه الدراسة للتعرف على :_

١_ التعرف إلى مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى عينة الدراسة .

٢_ الكشف عن العلاقة بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى عينة الدراسة .

٣_التعرف إلى الفروق (إن وجدت) بين مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة باختلاف، مناطق السكن ، الجنس ، المستوى الاقتصادي، المستوى الأكاديمي .

٤_التعرف الى الفروق (إن وجدت) بين مستوى الأعراض المرضية لدى عينة الدراسة باختلاف، مناطق السكن ، الجنس ، المستوى الاقتصادي، المستوى الأكاديمي.

أهمية الدراسة:_

أولا: الأهمية النظرية:_

١_ تعود أهمية الدراسة أن الربط بين الأفكار اللاعقلانية وبعض الاضطرابات النفسية يعد امتدادا لبعض الدراسات السابقة التي حاولت الربط بين تلك الأفكار والاضطرابات النفسية والانفعالية كون هذه الدراسات أجنبية أو عربية ، لكنها شحيحة في الدراسات الفلسطينية النفسية حيث أن هذا النوع من الدراسة التي تتعلق بالجانب المعرفي يعد على حد اطلاع الباحث بأنه يكاد أن يخلو في دراستنا الفلسطينية النفسية فان البحث يستمد أهمية من ندرة هذه الدراسات في البيئة الفلسطينية.

٢_ الكشف عن مدى التطابق بين النظرية الغربية حول العلاج المعرفي العقلاني وجملة الأفكار اللاعقلانية التي تتبناها ومدى تناسبها مع بيئتنا الفلسطينية.

ثانيا: الأهمية التطبيقية:_

١_ قد يستفيد من هذه الدراسة المراكز المشتغلة في مجال الصحة النفسية في معرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين الشباب الجامعي ووضع خطط وبرامج تساهم في خفض هذه الأفكار.

٢_قد تفيد هذه الدراسة في توفير أدوات وأساليب يستفيد منها باحثون آخرون من طلبة الدراسات العليا .

٣_ قد تفيد هذه الدراسة في زيادة الوعي لدى الشاب الجامعي حول طبيعية أفكارهم اللاعقلانية التي قد تسبب لهم بعض الاضطرابات النفسية والعمل على تفاديها وتعديلها.

٤_ قد تفيد هذه الدراسة في وضع تصور لدى أقسام علم النفس في الجامعات الفلسطينية عن وضع وإعداد مساق مخصص حول طبيعة الأفكار اللاعقلانية يساهم في تعديل الاتجاهات الخاطئة لدى طلبة الجامعات.

٥_ قد تساهم هذه الدراسة في مساعدة أهل الاختصاص في مجال الأمراض النفسية ليأخذوا بعين الاعتبار إحدى المسببات الرئيسية لمثل هذه الاضطرابات .

٦_قد تفيد هذه الدراسة المربين وأولياء الأمور في معرفة الطرق السلبية والأسباب الرئيسية التي تساهم في تنمية الأفكار اللاعقلانية لدى أبنائهم .

مصطلحات الدراسة:_

١ _ **الأفكار اللاعقلانية** : ذلك التفكير الذي لا يتلاءم مع إمكانيات الفرد أو مع ظروف واقعة الموضوعي ويتمثل في الأفكار السالبة غير المنطقية وغير الواقعية والتي تتأثر بالأهواء الشخصية والبعد عن الموضوعية وتعتمد على التوقعات اللامعقولة والتعميمات الخاطئة والظن والاحتمالية والمبالغة والتهويل والاتلائم وإمكانيات الفرد الواقعية (Ellis,1977 :18).

التعريف الإجرائي للأفكار اللاعقلانية :

هي جملة الأفكار الخاطئة التي يتصورها الفرد عن نفسه وعن الآخرين وعن المحيط الذي يعيش فيه بحيث تتعلق بتهويل الأمور والأحداث وبتحقير ذات الفرد أو ذات الآخرين كما تتعلق بمتطلبات اكبر من قدرات الفرد بغية الوصول إلى الكمال ، ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على المقياس المستخدم لذلك.

٢ _ الاضطرابات النفسية :

عرفت الجمعية الأمريكية للطب النفسي في كتابها الدليل التشخيصي و الإحصائي للأمراض العقلية " الإصدار الرابع DSM_IV " الاضطراب النفسي بأنه (نمط أو متلازمة سلوكية أو نفسية ذات دلالة إكلينيكية ترتبط سواء بأعراض مؤلمة أو بقصور في واحد أو أكثر من المجالات الهامة في الحياة (DSM_IV : 1994 ,10).

و يستخدم التصنيف العاشر للاضطرابات العقلية و السلوكية (ICD-10) الصادر عن منظمة الصحة العالمية مصطلح الاضطراب Disorder لتجنب مشكلات أكبر تتولد عن استخدام مصطلحات مثل المرض Disease أو العلل Illness ، و على الرغم من الاعتقاد بأنه مصطلح غير دقيق إلا انه يستخدم للدلالة على مجموعة من الأعراض والسلوكيات التي يمكن التعرف عليها إكلينيكيا والتي ترتبط بمعظم الحالات بألم أو ضرر وتصدم أو تتداخل بالأدوار الشخصية (ICD – 10 , 5) .

التعريف الإجرائي للاضطرابات النفسية :

الاضطراب النفسي عبارة عن مجموعة من الأنماط والأعراض السلوكية والنفسية والعقلية غير السوية والتي تؤثر على حياة الفرد وتسبب له الألام والضيق مما يؤثر على صحته النفسية

والعقلية والشعور بالنقص وعدم الرضا وقد تؤدي إلى التدهور في بعض المهارات الحياتية على صعيد العمل والدراسة والإنجاز والعلاقات الاجتماعية وغير ذلك ، ويقاس بالدرجة الكلية التي يحصل عليها الفرد على المقياس المستخدم لذلك .

حدود الدراسة:

١- **الحد الزماني:** قام الباحث بتطبيق الدراسة خلال العام الدراسي ٢٠٠٩/ ٢٠١٠.

٢- **الحد المكاني:** قام الباحث بتطبيق الدارسة على الأراضي الفلسطينية في منطقة قطاع غزة

٣-**الحد البشري:** قام الباحث بتطبيق هذه الدراسة على عينة من طلبة الجامعات في قطاع غزة .

الفصل الثاني

الإطار النظري

- المبحث الأول : الأفكار اللاعقلانية .
- المبحث الثاني : الاضطرابات النفسية.

الفصل الثانـي

الإطار النظري

تمهيد :-

يتناول الباحث في هذا الفصل أهم متغيرات الدراسة للتعرف على طبيعتها وخصائصها للاستعانة بها في فهم وتفسير النتائج وقد قام الباحث بتقسيم هذا الفصل إلى مبحثين أساسيين بحيث يتناول المبحث الأول الأفكار اللاعقلانية في حين يتناول المبحث الثاني الاضطرابات النفسية على النحو التالي :

أولا: الأفكار اللاعقلانية

المقدمة:

أصبح الجانب المعرفي من أهم الجوانب التي يمكن الاعتماد عليها في فهم السلوك الإنساني وتطوراته خصوصا بعد ما قدمته النهضة المعرفية في مجال الإرشاد والعلاج النفسي من انجازات رائعة استطاعت من خلالها التعرف على معظم الأفكار الإنسانية وما ينتج عن هذه الأفكار من انفعالات وسلوكيات ، محاولة بذلك فهم العلاقة بين السلوك الإنساني وتطوراته الايجابية أو السلبية وطبيعة الأفكار والعمليات المعرفية التي تقف وراء الانفعالات والسلوكيات الإنسانية .

وكانت نظرية العلاج العقلاني العاطفي من ابرز النظريات التي تحدث عن أهمية الجانب المعرفي في فهم الانفعالات والسلوكيات الإنسانية حيث تناول صاحب النظرية ألبرت أليس بعض الأفكار التي تقف حائل دون تحقيق الصحة النفسية للفرد والتي تؤدي للإضرابات النفسية خصوصا في المجتمع الغربي، وسوف نتناولها بالتفصيل خلال هذه الدراسة، ومن هنا كان هناك فضلا كبيرا للابرت أليس في فتح المجال أمام الكثير من الدراسات التي تناولت الجانب المعرفي في العالم الغربي والعالم العربي حيث تناولت الدراسات الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالعديد من المتغيرات والتي كان أبرزها الاكتئاب والقلق والجنس وتقدير الذات ومصادر اكتسابها الخ من الدراسات التي تناولت تلك الأفكار وعلاقتها ببعض المتغيرات ، ولقد سعى رائد الأفكار اللاعقلانية ألبرت أليس إلى توضيح العلاقة بين أفكار الفرد وسلوكه وتصرفاته ، وانتهى إلى ما أطلق عليه النسق الفكري أو نظام الأفكار ideas system ويشير هذا المفهوم إلى ما يتبناه الأفراد من وجهات نظر وأفكار ، ومعتقدات عن أنفسهم وعن الآخرين ، وعما يحدث حولهم ، والإنسان من وجهة نظر أليس إما أن يكون عقلانيا ومنطقيا Rational and Logical في تفكيره ، أو يكون لا عقلانيا وغير منطقي Irrational and Illogical في

تفكيره ، وهذا التفكير اللاعقلاني واللامنطقي يولد عددا من عناصر سوء التوافق مثل الغضب ولوم الذات وعدم القدرة على تحمل الإحباط (الشربيني ، ٢٠٠٥ : ٥٢٣) .

لذلك يعد الجانب المعرفي من شخصية الفرد على غاية من الأهمية لما له من صلة وثيقة بجوانب الشخصية الأخرى ، وتأثير فاعل فيها ، فالأفكار والعواطف والسلوك تترابط في ما بينها بعلاقات سببية (فرح وعلاونه ، ١٩٩١ : ١٥١) .

وفي هذه الدراسة سيقوم الباحث بتناول نظرية العلاج العقلاني العاطفي والوقوف على أسس ومبادئ ومسلمات ومفاهيم النظرية.

نبذة عن حياة ألبرت أليس

ألبرت أليس ولد بمدينة بيتسبرج بولاية بينسيلفانيا ، بالولايات المتحدة الأمريكية عام ١٩١٣م ، وقد حصل على درجة الماجستير في علم النفس الإكلينيكي من جامعة كولومبيا ١٩٤٣ وحصل على الدكتوراه عام ١٩٤٧ حيث قرر أن يعمل في التحليل النفسي وفي بداية الخمسينات بدأت قناعة أليس وثقته في التحليل النفسي بالهبوط مما دفعه إلى البحث عن طريق له في المدرسة الفرودية الحديثة New Freudian ومنها بدا بحثه في العلاج النفسي الموجه بالتحليل Psychoanalytically oriented Psychotherapy إلا انه لم يشعر بالرضا عن هذه المدارس العلاجية وأصبح أكثر ميلا لكل حركة علاجية جدية في مجال العلاج النفسي ، فزاد اهتمامه بنظرية التعلم والاشتراط الأمر الذي جعله أكثر فعالية ونشاطا ، واكتشف أن سلوكيات مرضاه ليست نتيجة مطلقة للتعلم والاشتراط وإنما بدا له إن سلوكهم هو نتيجة للاستعدادات الاجتماعية البيولوجية للإبقاء على أفكار أو اتجاهات غير منطقية

(الشناوي، ١٩٩٥ :٩٥).

وفي عام ١٩٥٤ بدا أليس طريقه نحو أسلوب منطقي للعلاج النفسي ، وذلك تأسيسا على نموذج فلسفي أكثر منه على نموذج نفسي . وقد بدا الكتابة عن أسلوبه الجديد في العلاج النفسي في سلسلة من المقالات منذ عام ١٩٦٢ عندما نشر كتابه السبب والانفعال في العلاج النفسي Reason and Emotion in Psychology. (الشناوي ، ١٩٩٥ :٩٥) .

الفلسفة والتصورات (النظرة للإنسان)

يرى أليس أن البشر يشتركون في غايتين أساسيتين أولهما المحافظة على الحياة والثانية هي الإحساس بالسعادة النسبية والتحرر من الآم ، وأن العقلانية تكون بطرق تسهم في تحقيق هذين الهدفين ، وان اللاعقلانية تشمل على التفكير بطرق تقف حاجزا في سبيل تحقيقها وبذلك فان العقلانية هي استخدام المنطق في تحقيق الأهداف القريبة والبعيدة (الخوجا ، ٢٠٠٩ : ٢٧٨).

ويركز أليس في نظرته للإنسان بان هناك تشابكا بين العاطفة والعقل أو التفكير والمشاعر فالعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي (REBT) يركز على أن البشر يتصرفون ويفكرون ويشعرون في آن واحد ، لذلك فهم نادرا ما يشعرون دون أن يفكرون ، لان المشاعر تستثار عادة عن طريق إدراك موقف معين . ويشير أليس إلى أن الأفراد عندما ينفعلون فإنهم يفكرون ويتصرفون ، وعندما يتصرفون فإنهم أيضا يفكرون وينفعلون ، وعندما يفكرون فأنهم أيضا ينفعلون ويتصرفون ، لذلك ينظر أليس إلى الشخص على أساس انه هو الذي يوجد مشكلاته الانفعالية ، وهو يعد قادرا على أن يخفف من حدتها أيضا (**الخواجا** ، ٢٠٠٩ : ٢٧٨).

ويقدم أليس مجموعة من الأفكار حول طبيعة البشر والاضطرابات التي يعانون منها ويلخص (باتر سون ، ١٩٨٦: ٥) هذه الأفكار بما يلي:

١_الإنسان كائن عاقل متفرد في كونه عقلانيا وغير عقلاني، وهو حين يتصرف بطريقة عقلانية يصبح ذا فعالية ويشعر بالسعادة والكفاءة.

٢_ إن الاضطراب الانفعالي والنفسي هو نتيجة للتفكير غير العقلاني وغير المنطقي، ويصاحب الانفعال التفكير، وفي الواقع أن الانفعال إنما هو تفكير متحيز ذو طبيعة ذاتية عالية وغير منطقي (الشناوي ، ١٩٩٥ : ٩٦).

٣_ ينشا التفكير غير العقلاني (غير المنطقي) في التعلم غير المنطقي المبكر والذي يكون الفرد مهيئا له من الناحية البيولوجية والذي يكتسبه بصفة خاصة من والديه ومن المجتمع . وفي خلال عملية النمو فان الطفل يتعلم أن يفكر وأن يشعر بأشياء معينة بالنسبة لنفسه وللآخرين ، وترتبط بعض هذه الأشياء بفكرة " هذا حسن" فتصبح انفعالات إنسانية موجبة ، على سبيل المثال الحب والفرح ، بينما تلك التي ترتبط بفكرة "هذا سيئ" تصبح انفعالات سالبة ، وتكون مشاعر مؤلمة فيها الغضب والاكتئاب .

٤_ إن البشر هم كائنات ناطقة، وفي المعتاد أن يتم التفكير عن طريق الرموز واللغة، وطالما أن التفكير يصاحب الانفعال فان التفكير غير المنطقي من الضروري أن يثابر إذا استمر الاضطراب الانفعالي. ويبقى الشخص محافظا على اضطرابه ومحافظا على السلوك غير المنطقيي عن طريق الكلام الداخلي والأفكار غير المنطقية.

٥- إن استمرار حالة الاضطراب الانفعالي نتيجة لحديث الذات لا يتقرر بفعل الظروف والأحداث التي تحيط بالفرد (الأحداث الخارجية) فقط ، وإنما يتحدد أيضا من خلال ادراكات الفرد لهذه الأحداث واتجاهاته نحوها، ويرجع أليس هذا التصور إلى بعض الفلاسفة مثل (ابكتاتس) Epictetus الفيلسوف اليوناني الذي يقرر أن الناس لا يضطربون بسبب الأشياء (الأحداث) إنما نتيجة لوجهات نظرهم عن هذه الأشياء والتي تجعلها تبدو غير سارة

٦_ ينبغي مهاجمة وتحدى الأفكار السلبية أو القاهرة للذات ،وذلك بإعادة تنظيم الإدراك والتفكير بدرجة يصبح معها الفرد منطقيا وعقلانيا ، وهدف الإرشاد والعلاج النفسي أن يوضح للفرد المسترشد أن حديثه مع ذاته (حديث النفس) هو المصدر الأساسي للاضطراب الانفعالي ، وان يبين له كيف إن هذه الأحاديث الذاتية غير منطقية ، وان يساعده على تعديل تفكيره بحيث يصبح أكثر عقلانية وبالتالي تقل الانفعالات المكدرة وسلوك قهر الذات أو تنتهي تماما (الشناوي ، ١٩٩٥ : ٩٧).

وقد حدد أليس في نظريته العلاج العقلي الانفعالي السلوكي (REBT) إحدى عشرة فكره اعتبرها أفكارا غير عقلانية وهي المسئولة عن العصاب في لمجتمع الأمريكي وهذه الأفكار هي:_

الفكرة الأولى " من الضروري أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من كل فرد من أفراد بيئته المحلية "ويرى أليس أن هذه الفكرة لا عقلانية وغير منطقية ، لان إرضاء الناس غاية لا تدرك بسهولة ،وإذا اجتهد الفرد في سبيل الوصول إليها فقد يقل شعوره بالأمان ويزداد تعرضه للفشل والإحباط ورغم انه من المرغوب فيه أن يكون الفرد محبوبا من الآخرين إلا
أن الشخص المنطقي لا يضحي برغباته واهتمامه من اجل هذه الغاية(الخوجا ، ٢٠٠٩ :٢٨١).

ويرى الباحث أن هذه الفكرة فكرة غير عقلانية بالفعل وإن كانت تناسب المجتمع الأمريكي فهي أيضا تناسب المجتمعات العربية وحتى المجتمع الفلسطيني "شريطة" أن تكون تلك الاهتمامات أو الرغبات التي لا يجب أن يتنازل عنها الفرد غير مخلة بالعادات والتقاليد وان لا تكون خارجه عن سياق الجماعة أو إطار القانون العام المتفق عليه محليا ، فهناك الكثير من الرغبات والاهتمامات التي يمكن أن يقوم الأفراد بالتنازل عنها بغية الحصول على إرضاء الآخرين بالرغم من أن هذه الاهتمامات والرغبات هي مقبولة داخل المجتمع وهناك أمثلة كثرة على ذلك فاختيار تخصص دراسي معين من شانه إرضاء الوالدين أو المجتمع ، فلو افترضنا أن طالب ما، قام باختيار قسم الهندسة لان ذلك سيلاقي إعجاب الآخرين أو الأبوين بأن فلان سيصبح مهندسا أو طبيبا ، ربما يؤدي ذلك إلى تنازل الشخص عن رغباته وميوله الحقيقة والتي قد تكون اختيار إحدى التخصصات الأدبية أو التربية أو الفنية إرضاء لرغبات الأبوين والمجتمع، وفي مثال أخر ، ذلك الشاب أو تلك الفتاة الذين يرغمون على الزواج بإحدى الأقارب أو إحدى أصحاب النفوذ الأكبر سنا ،ربما يوافقون على ذلك إرضاء للمحيطين ، وهذا بالطبع من شانه خلق صراعات نفسية للفرد .

الفكرة الثانية " من الضروري أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الفعالية والكفاءة والانجاز بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة وأهمية"

وهذه الفكرة من المستحيل تحقيقها ، ومحاولة الفرد على الإصرار على تحقيقها فان ذلك ينتج عنه اضطرابات نفس جسمية ، ويؤدي إلى شعور الفرد بالنقص وعدم القدرة على الاستمتاع بالحياة الشخصية ، وكما يتولد لدية شعور دائم بالخوف من الفشل ، أما الشخص العقلاني فانه يجتهد في فعل الأفضل لنفسه وليس من اجل أن يصبح أفضل من الآخرين (الخوجا ، ٢٠٠٩ :٢٨١) ويرى الباحث أن محاولة الفرد الوصول إلى الكمال فكرة غير عقلانية بالفعل متفقا بذلك مع فكرة ألبرت أليس حيث يفسر أليس أن الشخص العقلاني هو الذي يجتهد في فعل الأفضل لنفسه وليس ليصبح أفضل من الآخرين.والباحث هنا يرى أن ذلك سيقوده إلى النجاح أو حتى التفوق على الآخرين بشكل تلقائي دون الوقوع في أزمة محاولة التطلع إلى ما يمتلكه الآخرين من قدرات وإمكانيات لان ذلك سيجهد الشخص كثيرا، تاركا خلفه قدراته وإمكانياته هو والتي بالطبع تختلف عن الآخرين وهي بالطبع لها مكانة وذات أهمية كبيرة في تطوره وشعوره بالنجاح والانجاز والرضا ، كما أن هناك اتفاق ديني وعلمي انه لا يمكن للفرد أن يصل إلى الكمال لان الكمال للخالق عز وجل فقط . فلا يجب على الفرد أن يقلل من قيمة أي انجازات يقوم بها بانها إنجازات لا قيمة لها وان هناك ما هو أفضل لدى الآخرين ، بل يجب أن يتطلع بأن المثابرة وعدم تقزيمه لنفسه ولانجازاته البسيطة يمكن أن تصل به إلى ما يمتلكه الآخرين أو أكثر في حدود الكفايات وليس الكفاءات والكمال.

الفكرة الثالثة " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب "

وهذه الفكرة غير منطقية لأنه لا يوجد معيار مطلق للصحيح والخطأ . إن التصرفات الخاطئة أو غير الأخلاقية هي نتيجة للغباء أو الجهل أو الاضطراب النفسي ، وكل الناس معرضون للتردي وارتكاب الأخطاء ، والتأنيب والعقاب لا يؤدي عادة إلى تحسين السلوك حيث أنها لا تقلل الغباء وتزيد الذكاء ولا تمس الحالة النفسية ، وفي الواقع فان هذه الأساليب تؤدي إلى سلوك أكثر سوءا والى مزيد من الاضطراب الانفعالي ، والأفراد المتعقلون لا يلومون الآخرين ولا يلومون أنفسهم وإذا ما وجه الآخرون إليهم اللوم فإنهم يحاولون أن يحسنوا أو يصححوا سلوكهم إذا كانوا مخطئين ، أما إذا لم يكونوا مخطئين ، فإنهم يوقنون أن لوم الآخرين لهم يدل على اضطراب هؤلاء الآخرين .أما إذا ارتكب الآخرون أخطاء فإنهم يحاولون فهمهم وإذا كان ممكنا إن يوقفوهم عن مواصلة هذه الأخطاء ، أما إذا كان ذلك غير ممكن فعليهم أن يحاولوا عدم ترك سلوك الآخرين يؤرقهم بشدة .وعندما يرتكبون أخطاء فأنهم يعترفون بها ولكنهم لا يتركون هذه الأخطاء لتصبح كارثة أو تؤدي بهم إلى الشعور بعدم الأهمية(الشناوي ، ١٩٩٥ : ٩٨-٩٩).

ويرى الباحث أن هذه فكرة غير عقلانية حينما نبالغ في الحكم على الآخرين أو نتسرع في الحكم عليهم دون الوقوف على التفاصيل أو الأحداث أو حتى التماس الأعذار لهم ومعرفة الحقائق ، ولا يتفق مع هذه الفكرة كون أنها تنفي معاير الصواب والخطأ فهنالك معاير كثيرة ومتفق عليها تحدد الأشياء الصحيحة والخاطئة داخل المجتمع واهما الدين والعادات والتقاليد ، كذلك أليس يفسر في هذه الفكرة بان أساليب التأنيب والعقاب لم تجدي نفعا مع من هم مخطئون وان على الأفراد العقلانيون أن لا يبذلوا مجهودا كبيرا في محاولة إصلاحهم وهذا كلام غير دقيق بحيث لا يمكن ترك المسيئين والمذنبين دون إصلاح أو عقاب لان ذلك سيساعد على انتشار تلك الأخطاء التي ارتكبت والتمادي فيها ، أما إن كانت هذه الفكرة تتطلع لما لدى الأفراد من تصورات مشوهة ومبالغ فيها لأناس آخرين بأنهم سيئون ويستحقون العقاب كونهم لم يتفقوا مع رغباتهم الشخصية وليست رغبات المجتمع والعادات والتقاليد ، فهنا ربما يوجد نوع من الموضوعية في تلك الفكرة بأنها غير عقلانيه فعلا .

الفكرة الرابعة " انه من المصائب أو النكبات المؤلمة أو الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد أو على غير ما يريده المرء لها "

يرى أليس أن هذا التفكير غير عقلاني لأنه من الطبيعي أن يتعرض المرء للإحباط ولكن من غير الطبيعي هو أن ينتج عن هذا الإحباط حزن شديد ومستمر .

ويرجع ذلك للأسباب الآتية:

_ لا يوجد سبب يجعل الأشياء تختلف عن الواقع الذي هي عليه.

_ إن الانغماس في الحزن والضيق نادرا ما يغير الموقف ولكن الغالب انه يزيده سوءا .

_ إذا من المستحيل عمل أي شيء بالنسبة للموقف، فان الشيء المنطقي الوحيد الذي يمكن عمله هو أن نتقبل هذا الموقف.

_ ليس من الضروري أن يؤدي الإحباط إلى الاضطراب الانفعالي طالما أن الفرد لم يحدد الموقف في صورة تجعل من الحصول على الرغبات أمرا ضروريا للرضا والسعادة .

إن الفرد ،العاقل المتعقل يتجنب المغالاة في تصوير المواقف غير السارة ، وأن يعمل بدلا من ذلك على تحسينها إن أمكن أو أن يعمل ما في وسعه لتحسنها أو أن يتقبلها ، وقد تؤدي المواقف المؤلمة إلى الاضطراب ولكنها ليست مفزعة ولا تصبح مواقف أو مصائب فادحة ولا تمثل نكبة إلا إذا نظر إليها المرء على هذا النحو(كفافي ، ١٩٩٩ : ٣٢١).

ويرى الباحث أن هذه الفكرة غير عقلانية ويمكن أن تتطابق مع البيئة الفلسطينية حيث أن ديننا الإسلامي حث على التفاؤل وعدم التشاؤم والتسليم للإحباط والهزيمة بل انه يجب أن نبدأ بالتغير وفي وضع الخطط التي يمكن أن تساعدنا على بلوغ أهدافنا بشكل يتطابق مع المنطق والواقع

وكذلك لا يجب أن نكون متعصبون لرؤية ما أو هدف معين بحيث إذا لم نحقق تلك الرؤية أو الهدف نشعر وكأننا خسرنا كل شيء ، لأننا نعتقد بشكل خاطئ أن مفتاح الرضا والسرور يكمن في تحقيق تلك الأهداف . بل علينا أن نصنع أهداف تتناسب مع قدراتنا وإمكانياتنا، وكذلك علينا أن نتوقع انه يمكن أن لا نصل إلى بلوغ تلك الأهداف وأن ندرك أن ذلك لا يمثل نهاية المطاف بل علينا مراجعة حساباتنا ونتوكل على الله دائما في كافة أمورنا .

الفكرة الخامسة :" تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها أو التحكم بها ".

قد تكون الظروف الخارجية في مظهرها مؤذية ومهددة لأمن الفرد، إلا أن هذا الاعتقاد نفسي في ماهيته، فالظروف الخارجية قد لا تكون ضارة ولا مدمرة بحد ذاتها ولكن ردود فعل الفرد وتأثره واتجاهاته نحوها هو الذي يجعلها تبدو كذلك، فالفرد يولد لنفسه الاضطرابات الانفعالية فيما يقول لنفسه " كم هو شيء مخيف أن يكون هناك شخص حولي رافض أو مضايق لي وأنه غير لطيف " وإذا تأكد الفرد أن الانفعالات المزعجة تتكون من خلال إدراكاته وحكمه عليها ونتيجة لأفكاره الداخلية ، فانه سوف يدرك انه من الممكن ضبطها والتحكم بها ، أو تحوليها ، أو حتى تجنب أثارها المؤذية (الشناوي :١٩٩٥، ١٠١).

ويرى الباحث أن تلك الفكرة ربما تنسجم مع المواقف الاجتماعية الخارجية كضغوط العمل أو مواقف الأصدقاء والزملاء في بعض القضايا الاجتماعية التي ربما لا تنسجم مع الفرد ويعتبرها أنها مؤسفة ومؤثره وانه لا يمكن التحكم بها ، أو التردد في اتخاذ بعض القرارات نظرا لان الظروف والعوامل المحيطة لا تساعد على ذلك ، وبالطبع تلك الأفكار للاعقلانية ، وهنا واقرب مثال على ذلك بان الفرد الذي لا يحصل على وظيفة ما ، ربما يعتبر أن ذلك يرجع إلى أن فرص العمل في الدولة ضعيفة جدا أو تكاد أن تكون غير موجودة وان هذا الشيء كارثي ومحطم وانه لا يوجد فرص أو حلول أخرى غير ذلك ، وعلى النقيض هناك أفراد عقلانيون ربما يقرون ويعترفون بأنهم يسعون وراء مهن لا تتناسب مع قدراتهم وخبراتهم وأنهم بحاجه إلى بذل مجهود اكبر من اجل التميز والحصول على تلك المهنة أو الوظيفة أو حتى البحث في مسارات أخرى يمكن أن يحققوا من خلالها أهدافهم ، وفى صورة أخرى لنفس المثال أن هناك أفراد قد يكونون بالفعل كفئ لمثل تلك الوظيفة أو المهنة ولكن لا يتم اختيارهم لها فيذهب اللاعقلانيين بأفكارهم بأن ذلك الأمر لا يمكن السيطرة عليه وان المستقبل معتم ولا أمل فيه ، بينما يذهب العقلانيون بأفكارهم أن عدم حصولهم على تلك المهنة أو الوظيفة لا يعنى أن ذلك سوف يؤثر ويتحكم في مستقبلهم وطموحاتهم ويبقون على درجة من التطوير والصبر والاجتهاد وربما يقمون بالبدء بتنفيذ مشاريع صغيرة ربما تكون قريبة من مستوى الطموحات او التكيف بصور ايجابية أخرى مع هذه الازمة، ولكن الباحث لا يتفق مع ألبرت أليس بأنه يمكن السيطرة

على جميع الظروف الخارجية التي يمكن أن تسبب الاضطرابات والأزمات لدى الأفراد أو حتى المجتمعات وان كان عكس ذلك فبما يفسر أليس الحروب والكوارث الطبيعية التي يمكن أن تحدث وهل يمكن السيطرة عليها ؟ بالطبع
لا وبالطبع تبقى هناك أمور لا يمكن السيطرة عليها من قبل الأفراد ولا حتى المجتمعات .

الفكرة السادسة: " إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال الدائم والتفكير بها، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها "
من وجهة نظر أليس ، تعتبر هذه الفكرة لاعقلانية لأن الانشغال أو القلق والهم يؤدي إلى أضرار منها

_ يمنع التقويم الموضوعي لاحتمال وقوع شيء خطير
_ يمنع التعامل مع الأشياء الخطرة ومواجهتها بشكل فعال عند حدوثها
_ قد يساعد هذا التفكير في وقوع هذه الأشياء الخطرة
_ قد يؤدي إلى المبالغة في نتائج هذا الحدث الخطير
_ لا يؤدي هذا التفكير اللاعقلاني إلى منع وقوع الأحداث الخطيرة .

إن الإنسان العقلاني يدرك أن الأخطار المحتمل حدوثها ليست بالصورة المفجعة التي يخاف منها ، ويدرك أن القلق لن يمنع هذه الأحداث وإنما قد يزيدها ، بل على العكس قد يكون هذا القلق في حد ذاته أكثر ضررا من الأحداث التي يخشى الفرد وقوعها ، ويدرك الإنسان العقلاني كذلك أن الأحداث المخيفة ينبغي في بعض الأحيان التشجيع على ممارستها إذا لم
تنطوي على أضرار أو مضاعفات خطيرة (الشناوي :١٩٩٥، ١٠٢).

ويرى الباحث أن تلك الفكرة مهمة جدا في إدارة القلق النفسي وأنها تنسجم مع جميع البيئات والثقافات، وأنها فكره لاعقلانية بامتياز. وان الأفراد العقلانيون يعملون بتدابير السلامة المناسبة والمتاحة ودون مبالغة ولا ينشغلون كثيرا فيما هو خطير ومخيف ، كما أن الدين الإسلامي يحث المسلمين في التوكل على الله دائما في كل شيء مع مراعاة التوكل وليس التواكل لأنه يقع على الفرد مسؤولية الأخذ بالأسباب للأشياء التي يمكن أن ينتج عنها مخاطر وأضرار .

الفكرة السابعة: " انه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها "

وهذا التفكير غير منطقي لان تجنب القيام بواجب ما يكون غالبا أصعب وأكثر إيلاما من القيام به ويؤدي فيما بعد إلى مشكلات والى مشاعر عدم الرضا ، بما في ذلك مشاعر عدم الثقة بالنفس ، وكذلك فان الحياة السهلة ليست بالضرورة حياة سعيدة ، فالشخص العاقل يقوم بما ينبغي عليه القيام به دون تشكي ، كذلك فان هذا الشخص يتفادى بذكاء الأعمال المؤلمة التي

لا ضرورة لها (غير المطلوبة) ، وعندما يجد الفرد نفسه متجنبا للمسؤوليات فانه يقوم بتحليل الأسباب التي تكمن وراء تفاديه للمسؤوليات ، ويدمج نفسه في مهمات شخصية وعندئذ يتحقق من أن الحياة المتسمة بالمسؤولية والتحدي وحل المشكلات إنما هي حياة ممتعة.
(الشناوي :١٩٩٥، ١٠٣).

الفكرة الثامنة " ينبغي على الفرد أن يكون مستندا على آخرين وأن يكون هناك شخص آخر يستند عليه "وبينما نعتمد جميعا على آخرين بدرجة ما ، فانه لا يوجد سبب يجعلنا نزيد من هذا الاعتماد إلى درجة قصوى ، لان ذلك يؤدي إلى فقدان الاستقلال الذاتي والفردية والتعبير عن الذات ، والاعتماد على الآخرين يسبب اعتمادية اكبر وإخفاقا في التعلم وعدم الأمن حيث يكون الفرد تحت رحمة اؤلائك الذين يعتمد عليهم . والشخص المتعقل يسعى إلى الاستقلالية الذاتية والمسؤولية ، ولكنه لا يرفض البحث عن العون من الآخرين أو قبول مثل ذلك العون عندما يكون ذلك ضروريا.

الفكرة التاسعة : " إن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وأن الخبرات الماضية لا يمكن استبعادها أو محوها "
وهذه أيضا فكره لاعقلانية لأنه على العكس من ذلك فان السلوك الذي كان يبدو في الماضي انه ضروريا في وقت ما. قد لا يكون ضروريا في الوقت الحالي. والحلول الماضية للمشكلات السابقة قد لا تكون مناسبة كحلول للمشكلات الحاضرة. والمنبهات الماضية قد تؤدي بالفرد إلى أن يتجنب تغير سلوكه كنوع من الهروب أو يستخدمه كعذر.
وقد يبدو انه من الصعب تغير السلوكيات المتعلقة في الماضي، إلا انه ليس مستحيلا.
والشخص العقلاني المنطقي يقر و يعترف أن الخبرات الماضية هي جزء مهم في حياته، ولكنه بالمقابل يدرك أيضا انه يمكن تغير الحاضر (الخواجا ، ٢٠٠٩ : ٢٨٤) .

الفكرة العاشرة : " ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات " في نظر أليس أن هذه فكرة غير منطقية لان مشكلات الآخرين لا ينبغي أن تكون مصدر انشغال للفرد ومن ثم يجب أن لا تسبب له ضيقا وهما، وحتى عندما يؤثر سلوك الآخرين في فرد ما فان هذا يحدث من منطلق تحديد الفرد وإدراكه لآثار هذا السلوك ، وعندما يكون الفرد مهتما بسلوك الآخرين أو مضطربا بدرجة شديدة بسبب سلوك الآخرين ، فهذا يعني ضمنا أن هذا الشخص ليس لدية القدرة على ضبط سلوكه ، ولكنه في الواقع يقلل من قدرته على تغييرها ، والشخص العاقل والمنطقي هو الذي يحدد متى يكون سلوك الآخرين مؤذيا ثم يحاول أن يساعد

هؤلاء الآخرين على التغيير وإذا لم يكن من الممكن عمل شيء فانه يتقبل الموقف ويعمل على تخفيف أثاره بقدر المستطاع (كفافي ، ١٩٩٩: ٣٢٣).

الفكرة الحادية عشر :" هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة "

وهذه الفكرة غير منطقية من وجهة نظر اليس لأنه :

١_ لا يوجد مثل هذا الحل الكامل.

٢_ أن ما نتصوره من نتائج تترتب على الإخفاق في الحصول على مثل هذا الحل الصحيح والكامل، غير واقعي وإنما يقودنا الإصرار على العثور على مثل هذا الحل إلى القلق أو الخوف.

٣_ أن هذا السعي إلى الكمال في الحلول ينتج عنه حلول اضعف من الممكن فعلا ويحاول الشخص المتعقل أن يجد حلولا ممكنة متنوعة للمشكلة، وأن يتقبل أفضلها أو أكثرها واقعية مع التسليم بأنه لا يوجد إجابة كاملة لأي مسالة أو مشكلة.

ويرى ألبرت ايليس أن مثل هذه الأفكار الخرافية الإحدى عشرة تكاد تكون عامة وعندما يتم تقبلها وتدعيمها عن طريق التلقين الذاتي تؤدي إلى الاضطراب النفسي أو إلى العصاب ، لأنه لا يمكن العيش فيها بسعادة فالشخص المضطرب غير سعيد لأنه غير قادر على التخلص من أفكار مثل " يجب ، ينبغي ، يتحتم " ونحو ذلك أو من المفروض لأنه بمجرد أن يعتقد الفرد في هذا الوهم الذي تتضمنه هذه الحتميات فانه يصبح مستهدفا للكبت ، والعدوانية ، والدفاعية ، والشعور بالإثم ، وعدم الكفاءة ويصبح غير منضبط وغير سعيد ، وعلى العكس من ذلك إذا استطاع أن يتحرر كلية من كل هذه الأنواع الأساسية من التفكير غير المنطقي فانه يصبح من الصعب عليه على غير العادة أن يكون شديد الاضطراب من الناحية الانفعالية أو على الأقل فانه يعلق اضطرابه لفترة طويلة من الوقت (عبد العزيز،٢٠٠١: ٤٠-٤١).

وعلى حين أن الصواب ربما يكون قد حالف أتباع مدرسة فرويد (التحليل النفسي) من الإشارة إلى الآثار التي تلعبها الطفولة المبكرة بالنسبة للاضطرابات الانفعالية ، فان هذه الآثار المبكرة تعتبر في الواقع أسبابا ثانوية لا يمكن لها أن تستمر في التأثير على الفرد إذا لم يكتسب هذا الفرد فكرة من الأفكار غير المنطقة التي ذكرناها،أنها ليست الخبرات المبكرة وحدها هي التي تسبب الاضطراب الانفعالي وإنما هي اتجاهات وأفكار الفرد حول هذه الخبرات ، التي تتولد عن الأفكار غير المنطقية ، هي التي تسبب الاضطراب (الشناوي ، ١٩٩٥: ١٠٣).

وقد بينت دراسة سليمان الريحاني (١٩٨٥) والتي هدفت إلى تطوير اختبار التفكير العقلاني واللاعقلاني والتي أجريت على عينة من طلبة الجامعة الأردنية وجود هذه الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة بالإضافة إلى فكرتين إضافيتين هما :

أولا: ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في التعامل مع الآخرين حتى تكون له قيمة ومكانة محترمة بين الناس.

ثانيا: لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة .

وقد أضاف (إبراهيم عبد الستار) (١٩٩٤) فكره لاعقلانية أخري وهي :

"أن هناك مصدر واحد للسعادة، وأنها لكارثة إذا ما أغلق هذا المصدر" (الخواجا ،٢٠٠٩: ٢٨٥).

وقد صنفت زهران ، (٢٠٠٤: ١٩٧-٢١٥) المعتقدات اللاعقلانية إلى عدة أصناف وهي :

أولا: معتقدات غير عقلانية في المجال السياسي:

١_ أمامنا مشوار طويل حتى نصل إلى النظام الديمقراطي السائد في الغرب .

٢- معظم المسئولين لا يهتمون بمشكلات الرجل العادي.

٣- شباب اليوم ليس لديه فكر سياسي واضح .

٤- التعبير عن الرأي السياسي بصراحة يعرض الإنسان للمخاطر.

٥- الهجرة إلى الدول الأجنبية أفضل لأنها تتمتع بقدر كبير من الديمقراطية.

٦- هذا البلد يديره أناس في مراكز القدوة، ولا نستطيع عمل شي.

٧- النظم السياسية في الغرب تستحق الإعجاب لأنها تحترم عقلية المواطن.

٨- كل المرشحين في الانتخابات يقولون ما لا يفعلون .

٩- معظم الأفكار السياسية الموجودة على الساحة غير مناسبة.

١٠- من الصعب فهم الكثير من المصطلحات السياسية.

وقد أوردت (زهران)الأفكار والمعتقدات العقلانية في المجال السياسي والتي يجب أن تحل محل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية في هذا المجال وهي :

١- الديمقراطية هي أفضل النظم السياسية .

٢- أهمية التربية السياسية.

٣- الفكر السياسي للمواطن الصالح.

٤- التعبير عن الرأي السياسي حق دستوري .

٥- المشاركة السياسية واجب وطني .

ثانيا :معتقدات غير عقلانيه في المجال الديني وهي:

١- ليس من الضروري في هذه الأيام أن يلتزم الفرد بتعاليم الدين حرفياً.

٢- صلة الرحم تكلف الكثير وتسبب المشكلات.

٣- يجب الوصول إلى الهدف سواء بطرق مشروعه أو غير مشروعه .(الغاية تبرر الوسيلة)
٤- يجب عدم وضع حدود في الصداقة مع الجنس الأخر.
٥- الزى المحتشم للمرأة مقيد وغير عملي.
٦- السفر للخارج للسياحة أجدى من السفر لأداء مناسك دينية.
٧- ليس من الضروري في هذه الأيام أن يلتزم الفرد بالقيم الأخلاقية.
٨- الالتزام الديني يحد من حرية الفرد في التعبير عن نفسه.
٩- إلحاق الأولاد بمدرسة لغات أفضل من إلحاقهم بمدارس دينيه.
١٠- الزواج العرفي حل موفق لمواجهة صعوبات الزواج.

ولقد أوردت زهران بعض الأفكار والمعتقدات العقلانية التي تحل محل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية وهي الالتزام الديني سعادة وفلاح.

١-الدين والأخلاق وجهان لعمله واحده.
٢-العفة والاحتشام يستحقان الاهتمام.
٣-التربية الدينية تربيه أساسيه.

ثالثاً: معتقدات وأفكار غير عقلانيه في المجال الاجتماعي:

١-العيش منفرد أفضل ألف مرة من العيش مع الناس.
٢-الجلوس في مكان منعزل عن الآخرين أفضل من الجلوس معهم.
٣-البعد عن الناس غنيمة.
٤-من الصعب إقامة علاقات اجتماعيه مع الآخرين.
٥-الزواج تجربه محبطه.
٦-يقع الكثير ضحية هذا المجتمع الخالي من المعايير.
٧-يكون الإنسان أكثر ارتياحاً عندما يخلو إلى نفسه.
٨-لم يعد هناك تعامل صادق بين الناس في مجتمعنا المعاصر.
٩-يجب تجنب التعامل مع الجنس الأخر.
١٠-من الصعب تحقيق التوازن بين مطالب الفرد وواجباته نحو الآخرين.

هناك بعض الأفكار والمعتقدات التي تحل محل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية في هذا المجال وهي:

١-القرب من الناس غنيمة.
٢-أهمية العلاقات الاجتماعية والإنسانية.

٣- الزواج سنة حميدة.

٤-الرجال شقائق النساء.

٥-أهمية واجباتنا نحو الآخرين.

رابعاً: معتقدات وأفكار غير عقلانيه في المجال الاقتصادي وهي:

١-التعامل مع رئيس أجنبي أفضل لأنه أكثر جديه وموضوعيه.

٢-الالتحاق بأحد أقسام اللغات يتيح فرصاً أفضل للعمل.

٣-يمكن العمل في مهنه وضيعه بسبب قلة فرص العمل.

٤-استثمار المدخرات في شركات أجنبيه اضمن من استثمارها في شركات محليه.

٥-الفن هو الطريق السريع للثراء.

٦-زيادة الإنتاج أمر لا يهم لما لا يتقاضى العامل راتباً كاملاً.

٧-الاستثمارات الأجنبية هي منفذ الاقتصاد القومي.

٨-يعتمد النجاح في العمل على الحظ أكثر مما يعتمد على القدرة الحقيقية.

٩-العمل في الشركات الأجنبية أفضل من العمل في الشركات المحلية.

١٠-العمل في الخارج أفضل حتى لو لم يناسب المؤهل.

وهناك عدد من الأفكار العقلانية التي تحل محل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية في المجال الاقتصادي وهي العامل المناسب والعمل المناسب:

١- تنمية القدرات يحقق النجاح في العمل.

٢- زيادة الإنتاج واجب قومي.

٣- إن الله يحب إذا عمل أحدكم عملاً أن يتقنه.

خامساً: أفكار ومعتقدات غير عقلانيه في مجال الذات وهي:

١-معظم ما يحدث للإنسان يرجع إلى الحظ أو القسمة أو النصيب.

٢-الإنسان مسير في جميع الأمور.

٣-لا فائدة مهما بذل الإنسان من جهود واجتهاد في تحسين أحواله.

٤-أفضل أسلوب لتجنب المشكلات الشخصية هو الهروب منها.

٥-يعيش الإنسان مجرد شيء ليس له قيمه في الحياة.

٦-في هذا البلد لا يستطيع الإنسان أن يحقق ذاته.

٧-من المستحيل تغيير العادات السلوكية السيئة.

٨-يكفي أن ينشغل الإنسان بذاته وأحواله.

٩- من حق الإنسان حين يغضب أن يفعل ما يريد.

١٠- أفضل شيء للفرد في هذه الأيام أن يقول "يا رب نفسي".

وهناك مجموعه من الأفكار والمعتقدات العقلانية التي تحل محل الأفكار والمعتقدات غير العقلانية في مجال الذات وهي:

١-مفهوم الذات هو حجر الزاوية في الشخصية.

٢-مركز الضغط الداخلي أفضل من الخارجي.

٣-الإنسان مسير ومخير.

٤-أنا والآخر تعاون وتكافل.

٥-تحقيق الذات وأهميتها في الصحة النفسية.

سادساً:معتقدات وأفكار غير عقلانيه في المجال الثقافي وهي:

١- تحدث المسئولين في المناسبات الرسمية بلغة أجنبية دليل التحضر والتقدم .

٢- الاستماع إلى الأغاني والموسيقى الأجنبية دليل التحضر.

٣- ارتداء الملابس المكتوب عليها عبارات بلغة أجنبية مظهر حضاري .

٤- من يحصل على جنسية أجنبية يكون سعيد الحظ .

٥- استخدام ألفاظ أجنبية مدمجة في العربية يعلي من شأن اللغة العربية.

٦- إطلاق أسماء أجنبية على المنتجات يجعلها أكثر رواجا .

٧- التحدث بلغة أجنبية يحقق للفرد مكانة مرموقة بين الناس.

٨- قراءة الأدب الغربي أفضل من قراءة الأدب العربي .

٩- سلوكيات الأجانب هي المثل الذي يجب أن يقلده الشباب.

١٠-التعامل مع البنوك الأجنبية أفضل من التعامل مع البنوك المحلية.

وهناك عدد من الأفكار العقلانية التي يمكن إحلالها بدلا من الأفكار غير العقلانية في المجال الثقافي:

١- لو لم أكن عربيا لوددت أن أكون عربيا.

٢- التعريب الثقافي لا التغريب الثقافي .

٣- الأدب العربي والأدب الغربي.

٤- سلوكياتنا الأصلية هي الأصل .

٥- اللغة والثقافة والانتماء .

ولقد صنف (الخواجا، ٢٠٠٦ : ٢٨٦) بعض الأفكار اللاعقلانية ومنها :

١_ من الضروري والهام رد الجميل ، بل أيضا الانشغال الدائم به ، والبحث باستمرار عن طريقة ما للقيام بذلك .

٢ – يجب أن يتصف الفرد بالكرم ويقدم اكبر من طاقته ويسرف في ذلك حتى ينظر إلى نفسه بارتياح ، وينظر إليه الآخرون بالأهمية والمكانة .

٣ _ عندما يتعلق الأمر بالذات ، فالإيمان بحقوق الإنسان والآخرين يمكن تجاهلها ، ويمكن الإيمان– بالموازين المعكوسة ، والكيل بمكيالين لتحقيق الأهداف الذاتية .

٤– من الضروري أن يجامل الإنسان كي يصل إلى هدفه ويختبئ خلف أقنعة متعددة .

٥– يستمد الإنسان هويته من عمله ، ويحترم الشخص تبعا لتدرجه وارتفاع منصبه، وتكون مكانته الاجتماعية مبنية على مزايا وأهمية الكرسي الوظيفي الذي يتبوأه، بعض النظر عن علمه وانجازه ومساهمته النافعة في الحياة .

نبذة تاريخية حول العلاج العقلاني الانفعالي:

تعود جذور فلسفة العلاج العقلاني الانفعالي إلى الفلسفة الرواقية القديمة وخاصة ما جاء عن ابكوريوس ، Epicurus ، الذي فسر الاضطراب النفسي بأنه ليس بسبب المواقف والأحداث ولكن بسب طريقة التفكير حول تلك الحوادث (Ellis، ١٩٨٩:٢٠٢).

وترى المدرسة الابيكورية أننا نضطرب لا من الأشياء ولكن من أرائنا عنها ، فالفلسفة الرواقية مثلا ترى ما لا يمكن تعديله يجب أما تقبله أو طرحه جانبا ، فقد لا يقبل الفرد بعضا من وقائع الحياة التي لا أمل في تغيرها أو إصلاحها كوفاة شخص عزيز أو وفاة قريب ، أو وجود جوانب نقص فينا ، عجزنا عن تحقيق الكمال ، اختلاف الناس عنا ، وان عدم تقبل الفرد لهذه الحقائق الحتمية يجعل الفرد فريسة سهلة للوقوع لكثير من أنواع التعاسة والاضطرابات ،بمعنى انه إذا واجه مشكلة ما أو موقف حتمي معين لا يمكن تعديله ، فان تبديده لطاقته في التفكير في هذه المشكلة لن يعود عليه بفائدة بل سيؤدي استمرار التفكير بهذه المشكلة إلى تضخيم التوتر النفسي والانفعالي منتهيا به إلى مضاعفات من الشقاء اكبر بكثير من المشكلة أو الموقف ذاته . والحقيقة أن معظم مشكلات العصابين وغيرهم تنتج بسبب المحن والأوجاع التي تتملكهم في التعامل مع المشكلات والمواقف المستحيلة فالعصابي يبحث دائما في المستحيل أو المتعذر متجاهلا التعامل مع الممكن وتنميته ويؤدي به في النهاية إلى الإجهاد النفسي والشك في إمكانياته ، وبالتالي التفكير في البيئة على أنها مصدر للمتاعب والتهديد والمصاعب والتوترات ويرى اليس أن فرويد قد أشار إلى ذلك المبدأ حيث لاحظ أن هناك أعراضا هستيرية ذات أصل

معرفـي إلا انــه فــي أعمالــه الأخيـرة يقــرر أن الاضــطرابات الانفعاليــة منفـصلة تمامــا عــن التفكير(محمد ، ١٩٩٠ : ١٥).

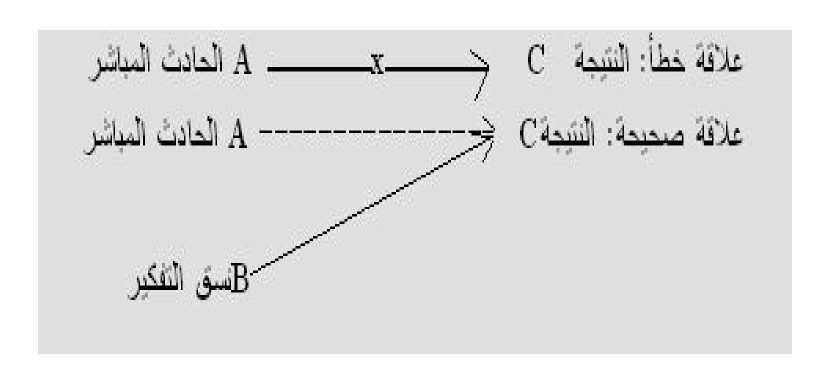
ويقرر ادلر Adler بان الطفل حين ينشا ولديه مرضا نفسيا يكون ذلك نتيجة للتفسير الخاطئ للبيئة التي يعيش فيها ،مثل الطفل الذي يرى والديه في عراك مستمر ويكتشف أن الذي يكون صوته عاليا هو الذي ينتصر ، فيترسخ لدى الطفل أن يجادل ويرفع صوته في سبيل الحصول على الأشياء ، أو عندما يشعر الطفل بالغيرة بسبب أخ له حل محله ولكنه يشعر بأنه كلما مرض عاد إليه كل اهتمام والديه فيقدمان له الرعاية والاهتمام مرة أخرى ، ونتيجة لذلك تظهر عليه الشكاوي الجسمية ، ويعتمد ادلر في العلاج على المعايير الاجتماعية أو التفكير السليم حتى يرى المريض وجهة نظره ، ويميل للاعتماد على العقل واستخدام التشجيع وتقوية الثقة بالنفس(روتر ، ١٩٨٩ : ١٤٣) .

وقد اكتشف أن التخيل في أسلوب التحصين التدريجي في العلاج السلوكي وهو ذهني ويتم بالتعاون مع المريض وهذا يعني تأثر المريض بعوامل معرفية وفكرية كالتوقع، وطريقة التنبؤ بحدوث أشياء معينة من خلال عملية العلاج فتعدل من سلوكه (إبراهيم،١٩٨٧ :٢٢٣).

نظرية A-B-C

يقرر ايليس في نظريته أن الأحداث التي تطرأ على البشر تتضمن عوامل خارجية تمثل أسبابا ، ولكن البشر ليسوا مسيرين كليةً ، وبإمكانهم أن يتجاوزوا جوانب القصور البيولوجية والاجتماعية والتفكير الصعب ، ويتصرفوا بأساليب من شانها أن تغير وتضبط المستقبل . وهذا الاعتراف بقدرة الفرد على التحديد في الجانب الحسن لسلوكه الذاتي ولخبراته الانفعالية ، يعبر عنها في نظرية - A- B - C - حيث الحرف (A) يرمز إلى الحادث أو الخبرة المثيرة أو المنشطة ، والحرف (B) يعبر عن نظام التفكير لدى الفرد Belief بينما يرمز الحرف (c) إلى النتيجة أو الاضطراب الانفعالي Consequence مثل مشاعر الرفض والقلق وعدم الأهمية والاكتئاب وعدم الكفاءة وغيرها ، ويرى ايليس في نظريته انه على الرغم من أن (A) هو الحادث الذي يقع قبل ظهور الاضطراب الانفعالي إلا انه ليس هو السبب الرئيسي المباشر للنتيجة التي نشاهدها (الاضطراب الانفعالي) (C) وإنما ينتج هذا الاضطراب عن نظام أو نسق التفكير الموجود لدى الفرد والذي يرمز له بالحرف (B) سواء كان هذا النسق منطقيا أو غير منطقي.والشكل التالي يوضح هذه العلاقة .

شكل رقم (١)



وبالطبع فان (B) أو نسق التفكير إذا كان منطقيا (عقلانيا) فان النتائج ستكون غير مضطربة، أما إذا كان هذا النسق غير عقلاني فان الاضطراب الانفعالي هو المتوقع كمصاحب للإحداث (الشناوي ، ١٩٩٥: ١٠٤).

وقد بلور أليس Ellis هذه النظرية التي تقوم على العلاج العقلاني الانفعالي وأطلق عليها A-B-C ولكن المتتبع لكتابات أليس وكذلك ما كتبه الآخرون عن هذه النظرية مثل بوردين (١٩٧٤) يجد أن هذه النظرية لم تتوقف عند الخطورة (C) ولكن تتعداها إلى الخطوتين (E) (D) .

وقدمها أليس على النحو التالي :

(A) Activating Experience

ويقصد بها الخبرة المنشطة أو الحادثة الصادمة مثل الطلاق أو الرسوب أو الوفاة... الخ ، ويتم إدراكها بطريقة غير عقلانية .

(B) Belief System

وتعني المعتقدات الغير عقلانية المدمرة للذات هي تتوسط بين الخبرة المنشطة وبين النتيجة الانفعالية .

(C) Consequence

ويقصد بها النتيجة الانفعالية وتكون متوافقة لنظام المعتقدات ، فإذا كان نظام المعتقدات عقلانيا كانت النتيجة ملائمة للحدث ولا تسبب الاضطراب الانفعالي ، وإذا كانت المعتقدات غير عقلانية كانت النتيجة اضطراب انفعالي وخلل سلوكي كما في حالات القلق والاكتئاب .

(D)Dispute

وتعني المناهضة والمناقشة والتساؤل والتحدي والتشكيك بصحة المعتقدات اللاعقلانية، وهذا التعامل يكون بان نسال أنفسنا لماذا؟

(E) Effects

وتعني بؤرة ولب وجوهر الإرشاد العقلاني العلاجي ، انه النقطة المنطقية العقلانية والحساسة التي أجيب فيها عن التساؤلات السابقة لماذا؟ والإجابة على التساؤلات اللاعقلانية بالدحض المنطقي والمناقشة المنطقية للأفكار السلبية، فيظهر معتقد وفكر جديد أكثر عقلانية ويقلل معه الاضطراب (الحجار، ١٩٨٧: ٢٥).

نمو الشخصية:

ينظر العلاج العقلاني الانفعالي للفرد العادي على أنه ينمو في صورة رغبات شخصية وأماني وتفصيلات وفي هذا الصدد فان كل شخص يختلف عن غيره من الأفراد حيث أن لكل منا عدد هائل من السمات التي تتراوح أيضا بين البسيط والكثيف تبعا للجوانب الوراثية والخبرات الاجتماعية لكل منا .

ومع هذا الاختلاف فان البشر يتشابهون في الجوانب البيولوجية العامة مثل الأكل ، والإخراج ، والتنفس، والحركة ، والانتقال إلى أعمار اكبر ، كذلك فان البشر يشتركون في تفضيل بعض الأشياء على أشياء أخرى كتفضيل الحلوى على الحامض وتفضيل التقبل من جانب الآخرين على تلقي الرفض، كذلك فان لكل منا رغبات قوية نسميها حاجات Needs أو ضرورات نحب أن تتحقق ، ولكننا لن نموت إذا لم تشبع وأننا نميل حينئذ إلى الإحساس بالتعاسة في حياتنا ، وعلى الرغم من قناعة بعض المنظرين النفسيين أمثال فرويد واريكسن بان البشر يرتقون في أطوار نمو متتابعة فان أليس لم يتبع في تنظيره أيا من هذه النظريات كما لم يفكر في مثل هذه النظرية (اليس ، ١٩٧٩: ١٧٩).

ويركز العلاج العقلاني الانفعالي على كيفية إعادة النمو للفرد أكثر من تركيزه على النمو ، ورغم عدم الاهتمام الواضح من جانب ايليس بتكوين نموذج نظري للشخصية فانه قد صاغ **مجموعة من المفاهيم الأساسية لنظريته الخاصة بالعلاج العقلاني الانفعالي تسهم في التعرف على وجه نظره في الشخصية ومنها :**

١- الاستعدادات البيولوجية .

فالبشر يولدون ولديهم استعداد قوي أن يكونوا منطقين ، ممثلين لذاتهم ، محققين لها على النحو الذي يقرره ايليس وماسلو وروجرز في كتاباتهم . ولكن البشر لديهم أيضا استعدادات قوية أن يكونوا غير منطقيين في سلوكهم وأن يكونوا قاهرين لأنفسهم. وهم يفكرون بسهوله وبشكل طبيعي كما أنهم يفكرون حول تفكيرهم، وهم مبتكرون، يحبون، ويتعلمون من أخطائهم وهم يعيرون من أنفسهم مرات عديدة.

٢-التأثير الحضاري (تأثير المجتمع) :

يميل البشر فطرياً أن يخضعوا للتأثير وبصفه خاصة أثناء مرحلة الطفولة، ويكون هذا التأثير من أفراد أسرتهم ومن أقرانهم المباشرين، وكذلك من جانب البيئة الحضارية التي يعيشون فيها بوجه عام (المجتمع). وعلى الرغم من أن هناك اختلافات شاسعة بين الأفراد في هذا الصدد (الخضوع للتأثير) فان البشر يضيفون إلى اضطرابهم الانفعالي وعدم المنطقية بالخضوع لتعاليم الأسرة والمجتمع وتقاليدهما.

٣-التفاعل بين الأفكار والمشاعر والتصرفات :

يرى ايليس أن كل البشر العاديين يفكرون ،ويشعرون ،ويتصرفون ،وهم يفعلون ذلك في صورة تفاعليه وتبادليه ،فأفكارهم تؤثر بشكل جوهري (بل وربما تخلق) مشاعرهم وسلوكياتهم ، كما أن انفعالاتهم تؤثر على أفكارهم وعلى سلوكياتهم بشكل هام ،كما أن تصرفاتهم تؤثر بشكل متميز على كل من أفكارهم وانفعالاتهم .ولكي نغير واحد من هذه الأنماط فان تغير أحد النمطين الآخرين سيؤدي إلى نتائج. ومن هنا فان الصورة الكاملة من العلاج العقلاني الانفعالي تستخدم الأساليب المعرفية، والانفعالية، والسلوكية لتغير الشخصية.

٤-قوة تأثير العلاج المعرفي:

إن إحداث تغير جوهري في الجانب المعرفي هو أساس يمكن أن يساعد في إحداث تغييرات هامه في العديد من الانفعالات أو السلوكيات، بينما إحداث تغيير جوهري في أحد المشاعر أو احد التصرفات يكون له اثر محدود في التغيير المعرفي. ومن هنا فان كل الإجراءات العلاجية تشتمل على جوانب معرفيه عاليه كما أن أكثر صور المعالجات فاعلية تميل إلى أن تكون معرفية بشكل أساسي بجانب كونها انفعاليه أو سلوكيه. ويستخدم العلاج العقلاني الانفعالي مجموعه كبيرة من الطرق المعرفية ولكنه يركز بشكل أساسي على مهاجمة الأفكار غير المنطقية ، وبذلك يحاول أن يكون نسقاً متعمقاً لتغيير الشخصية يساعد المسترشدين على تغيير فلسفاتهم في الحياة بشكل جذري.

٥-التفكير اللامنطقي وعلاقته بالاضطراب :

يرى ايليس في نظريته للعلاج العقلاني الانفعالي أن كل الاضطرابات الانفعالية الشديدة لا تنشأ من النقطة (ا) (A) (الخبرات أو الأحداث المنشطة) التي تؤثر على الناس إنما تنشا بشكل مباشر من (ب) (B) (الأفكار التي يتبناها الناس حول هذه الأحداث والخبرات)، وتشتمل (ب) (B) على الأفكار اللاعقلانية التي تأخذ بشكل عام صورة رغبات ومطالب وتفصيلات ، وكذلك على الأفكار اللاعقلانية (غير المنطقية) التي تأخذ صورة مطالب وأوامر وحتميات مطلقة .

وقد سبق أن اقترح ايليس إحدى عشرة فكرة غير منطقية (لا عقلانية) لاقت قبول من الباحثين ، بل استحوذت على كثير من اهتمامهم البحثي ، وأثبتت بعض البحوث مصداقيتها ، وقد عاد ايليس فلخص هذه الأفكار في ثلاث حتميات أساسية (أي ما صاغته في صورة يجب أو ينبغي) وهي :

١- يجب على (أو ينبغي) أن أؤدي جيدا وأن أكون محبوبا من جانب الآخرين ذوي الأهمية ومن المزري ألا افعل .

٢- يجب عليك أن تعاملني برفق وبعدل ، ومن المفزع ألا تفعل ، فاني حينئذ لا استطيع تحملك ولا تحمل سلوكك ، وتكون حينئذ شخصا سيئا .

٣- يجب أن يتعامل العالم بشكل طيب مليء بالحظ، وان يمنحني كل شيء أريده فورا، ومن المفزع ألا يفعل ذلك، انه حينئذ يكون عالما بغيضا.

٦_ أهمية الاستبصار :

على الرغم من أن العلاج العقلاني الانفعالي يعتبر إلى حد كبير علاج معرفيا ، إلا انه لا يهتم بقيمة الاستبصار في العلاج ولا بفهم المسترشد لأسباب الاضطراب أو كيف أصبح مضطربا، ولا على التحليل النفسي والطرق المختلفة لعلاج الوعي (مثلا العلاج الجشطلتي) فانه لا يفترض أن الاستبصار من هذا النوع سيؤدي إلى تغير تلقائي، وبدلا من ذلك فان العلاج العقلاني الانفعالي يدعو إلى ثلاثة أنواع من الاستبصار من جانب المسترشد :

١- أن سلوك قهر الذات لا يرجع في أساسة إلى الأحداث السابقة عليه وإنما يرجع إلى منظومة التفكير لدى الأفراد وبصفة خاصة أفكارهم غير المنطقية .

٢- مهما كان سبب الاضطراب فان ما يشعرون به الآن بالتعاسة يرجع لكونهم مازالوا يزودن أنفسهم بأفكار غير منطقية أنشاؤها في الماضي ، وهم مستمرون في اشرط أنفسهم أكثر من كونهم يشرطون من جانب الآخرين .

٣- إن الاستبصار ين الأول والثاني في حد ذاتهما لن يساعدا على تغير الأفكار غير المنطقية لدى الناس وإنما يتم ذلك من خلال العمل والممارسة الجادة من جانب الأفراد المضطربين في الحاضر والمستقبل (الشناوي ، ١٩٩٤ :١٠٥_١٠٨).

أساليب المعتقدات غير العقلانية :_

وضح " أليس " بعض المميزات التي تتسم بها المعتقدات غير العقلانية على النحو التالي:

١- المطالبة: Demanding ness

يرى "أليس" وجود علاقة ارتباطيه بين رغبات الفرد ومطالبه الدائمة واضطرابه الانفعالي ، كأن يصر على إشباع تلك المطالب، وان ينجح دائما في عمل مادون أي إخفاق، ويحدث

الاضطراب عندما يحدث الفرد نفسه بتلك المطالب ويفرضها على نفسه ويردد دائما كلمات مثل: يجب، ينبغي ،ويقرر " أليس " انه ينبغي التقليل من ترديد تلك الكلمات وخفض مستوى المطالب غير العقلانية.

٢- التعميم الزائد: Over-Generalization

يرى " أليس" أن الفرد قد يلجا إلى تعميم النتائج التي لا تعتمد على تفكير دقيق والتي يقوم على الملاحظة الفردية مثل: الطالب الذي فشل في اختبار ما، فانه يحكم على نفسه انه لا يملك مقترحات النجاح.

٣- التقدير الذاتي: Self- Rating

قرر" أليس " أن التقدير الذاتي يعد من أشكال التعميم الزائد ، وان نمط التفكير الخاطئ يؤثر في تقدير الشخص لذاته ويتأثر بثلاث عوامل وهي :

الميل إلى التركيبات الخاطئة ، والمطالب غير الواقعية ، ومن ثم التعارض مع الأداء ، لذلك ينبغي للفرد أن يعدل من فلسفته نحو مشكلة القيمة الشخصية من خلال تقبل الذات بدلا من تقزيم الذات .

٤- أخطاء التفسير أو العزو : Attribution Error

حيث يميل الفرد إلى أن ينسب أخطائه إلى الآخرين ، وهذا يؤثر على إدراكه للحوادث الخارجية وانفعاله وسلوكه ، والى اللوم المستمر للذات والآخرين

٥- اللاتجريب (بدون تجربة) : Anti-Empiricism

أي الأفكار اللاعقلانية لا تكون مستمدة من الخبرة التجريبية للفرد ، الدقة والصدق، ويحاول " أليس" من خلال العلاج العقلاني الانفعالي أن يعلم العميل أن يستثمر أفكاره من تجاربه الدقيقة ورؤيته المنطقية وان الأفكار التي لا تستند إلى خبرة تجريبه منطقية تسبب السلوك المضطرب للفرد.

٦_ الترديد (التكرار): Repetition

يرى "أليس" أن الأفكار اللاعقلانية تتكرر بأسلوب لا شعوري ، وان الضغوط الداخلية والخارجية تجعل الفرد يميل تجاه الأفكار الخاذلة للذات .

٧–التفكير المتطرف (كل شيء أو لاشيء)

Absolutistic (All-or-Nothing Thinking)

يميل بعض الأفراد لإدراك الأشياء أما بيضاء أو سوداء حسنة أو سيئة ، صادقة أو خاطئة دون الإدراك أن الشيء الواحد في ظاهر الأمر سيئا ، لكن قد يكون فيه الأشياء ايجابية ، أو يؤدي إلى نتائج ايجابية (الشبانات ، ١٩٩٥: ٩٥–٩٦) .

الأفكار العقلانية وغير العقلانية في الإرشاد النفسي:

أولا: أهداف العلاج العقلاني الانفعالي:

إن هدف وجوهر العملية الإرشادية في نظرية العلاج اللاعقلاني الانفعالي يكمن في مناهضة الفرد لهذه الأفكار الخاطئة ، وتبني أفكارا معرفية عقلانية ، وبروز فهم معرفي جديد يتبعه تعديل في ردود الأفعال الانفعالية والسلوكية ، بحيث تكون أكثر واقعية ومتناغمة من الأحداث والمواقف الحياتية إضافة إلى العمل على إزالة أو خفض النتائج غير المنطقية أو الاضطرابات لدى المسترشد من خلال :

١- تخفيض مشاعر قهر الذات ولوم الآخرين والظروف .

٢- تدريب المسترشد على استخدام أسلوب التحليل المنطقي للاضطرابات ، ليكون لديه أدنى مستوى من المشاعر غير المناسبة وإلقاء اللوم على الآخرين (الطيب ،١٩٨١: ١٢٧).

هذا ويحث العلاج العقلاني الانفعالي المسترشدين على فهم وتبني الأفكار التالية:_

١- إن الأحداث الماضية أو الحاضرة لا تسبب الاضطرابات السلوكية والانفعالية ، بل أن الأفكار غير العقلانية ذات صلة بهذه الأحداث هي التي تؤدي في المقام الأول إلى حل المشكلات السلوكية والانفعالية .

٢- بعض النظر عن الكيفية التي تم بها الاضطراب في الماضي، فان الاضطراب في الحاضر إنما يعود إلى استمرار المسترشد في التفكير غير العقلاني.

٣- بالرغم من أن الإنسان يميل إلى الاضطراب النفسي من جراء الأفكار المنكرة والضعيفة الهازمة لذاته ، فانه يستطيع التغلب على مشكلاته واضطراباته إذا ثابر على تحدى الأفكار غير العقلانية ومقاومتها بالتصرف بطريقة مخالفة لها (زهران ، ١٩٩٧ : ٣٧).

ويشير (كوري ، ١٩٨٥: ٢٥٥). إلى أن الهدف العلاجي عند أليس يتمثل في محاولة تقليص حجم نظرية الإحباط والانهزام التي يتبناها الفرد حول نفسه ، والإقلال من الأفعال غير التواؤمية وحل مشكلات الحياة ، وجعله يكتسب نظرة واقعية وقدرة على التحمل ، وبهذا فان" أليس" يهدف أساسا إلى جعل العميل على بينة من أن الكلام المحبط وغير المفيد هو المصدر الأساسي للاضطرابات الانفعالية إن العلاج العقلاني لا يهدف إلى إزالة الأعراض وإنما يشجع العميل على تحرير نفسه من الأعراض الواضحة وغير الواضحة .

ثانيا: العلاقة الإرشادية:

لا يهتم " أليس " في العلاج العقلاني الانفعالي بالتركيز على أن تكون العلاقة دافئة من المسترشد من النوع الذي ينادي به " روجرز " رائد المدرسة الإنسانية ، وإنما يكتفي بعلاقة عادية في إطار احترام شخصية المسترشد ، ويقول في ذلك أننا نحترم وان كنا لا نحترم أفكاره ،

فالمرشد يحترم قيم المسترشد الاجتماعية والأخلاقية ولا يفرض عليه قيما مغايرة إلا إذا اقتنع بها المسترشد نفسه فهو يوفر له إما القبول المحايد أو الاعتبار الايجابي غير المشروط ، كما يرى أن العلاقة الإرشادية في حد ذاتها والطرق الانفعالية والمساندة التفسيرية أو التحليلية للأفكار غير العقلانية يستعان بها على تكوين الألفة والود وتساعد المسترشد على التعبير عن ذاته وإشعاره بالتقبل (الفقي ، ١٩٩٢: ١٨٧).

ثالثا :دور المرشد وفق نظرية العلاج العقلاني الانفعالي :

إن مهمة المرشد طبقا لهذه النظرية أن يقوم بمساعدة وإقناع المسترشد باستبدال الأفكار والمعتقدات والآراء والاتجاهات الخاطئة بأخرى تكون صحيحة ومعقولة ، ويتم ذلك على النحو التالي :

١- اكتشاف الأفكار غير العقلانية خلال الحديث مع المسترشد ومناقشته في أثناء المقابلة .

٢- معرفة الأسباب التي أسهمت في وجود الأفكار غير العقلانية واستمرارها .

٣- مساعدة المسترشد على الاقتناع بان أفكاره المتعلقة بموضوع المشكلة أفكار غير عقلانية وتحديد الأسباب التي جعلتها على هذا النحو.

٤- توضيح العلاقة بين الأفكار غير العقلانية وموضوع المشكلة ، وما ترتب على هذه المشكلة من معاناة وألم وتعاسة للمسترشد .

٥- إقناع المسترشد وتحذيره من استمراره في التفكير غير العقلاني يؤدي إلى استمرار الاضطراب الذي يشكو منه ، وقد يستخدم المرشد هنا عبارات الهزل والسخف المناسبة في مواجهة الأفكار غير العقلانية للمسترشد .

٦- قيام المرشد بتوضيح كيفية استبدل الأفكار غير العقلانية بأفكار عقلانية وموضوعية مع الاستفادة من معرفة فلسفة المسترشد ونظرته إلى الحياة والمستقبل وذلك في أثناء محاولات الاستبدال (جمل الليل، ٢٠٠٢: ٣١٨).

هذا ويتسم المرشد في العلاج العقلاني الانفعالي بقوة التأثير على المسترشد ، وبقدرته على الإقناع وعلى مراجعة الأفكار غير العقلانية ، كذلك فانه يتميز بأنه نشط من الناحية اللفظية فهو يتكلم أكثر مما يصغي لما يقوله المسترشد ، وهو على درجة عالية من النشاط والفعالية ، بالإضافة للشروط العامة التي يجب مراعاتها للمرشد النفسي من حيث الاستعداد جسميا وعقلانيا وانفعاليا والإعداد العلمي والمهني ، فان هناك مجموعة من الشروط التي يجب توافرها في المرشد العقلاني الانفعالي وهي :

١- أن يمتلك خلفية ثقافية واسعة تمكنه من مساعدة العميل وتعديل أفكاره ومشاعره .

٢- أن يكون حسن القول والمظهر ، فعال ، ولديه القدرة على أداة الجلسة الإرشادية والاستماع لكل ما يقوله العميل .

٣- أن يكون لدية القدرة على الحوار والمناقشة والدحض والإقناع وتفسير كل ما يقول العميل ، حيث يشرح للعميل ديناميات الاضطراب الانفعالي .

٤- أن يبين قبوله للعميل ، ويثق في قدرته على التفكير السليم ويبحث عما يراه العميل "ينبغي" أو " يجب" ويهاجم هذه الحتميات حيث أن ما يردده العميل لنفسه من مثل هذه الاعتقادات هو وراء اضطرابه (فرج : ١٩٩٢، ٥٥).

رابعا : المحكات التي تساعد المرشد على التمييز بين الأفكار العقلانية وغير العقلانية :

يعتمد المعالج العقلاني الانفعالي على جعل المسترشد يتخلى عن مطالبه الأقرب إلى المطالب الطفولية Infantile و التي تعتمد على الأفكار غير العقلانية ،أو على ابسط تقدير يجعله اقل إصرارا على إشباعها وعليه أن يتحمل قدرا من الإحباط وتأجيل الإشباع والتحكم بالذات وانه ليس من الضروري أن يحقق كل حاجاته ورغباته تحقيقا عاجلا ، هذا يقل الدور التوجيهي للمعالج في المراحل الأخيرة من العلاج حيث يدفع المرشد المسترشد إلى تحمل المزيد من مسؤولية التغير ويدعوه إلى تطبيق الأسلوب العقلاني في حل المشكلات التي يواجهها .

هذا ويتقرح والين وآخرون (Walen ,et al) مجموعة من المحكات التي تساعد المرشد على التميز بين الأفكار العقلانية وغير العقلانية وهي :

١- أن يراعي الإنسان السياق بشكل مناسب: يتمثل ذلك بان يأخذ المعتقد في حسابه السياق الداخلي أو الخارجي الذي يحدث فيه تفاعل المشكلة، فعلية أن يتوقع حدوث تأثيرات غير سارة في أي وقت.

٢- أن الفكرة نسبية وظرفية : أي أنها تعتمد على عوامل وظروف أخرى ، فالفكرة التي تؤدي الأداء الوظيفي الأفضل تكون على شكل رغبة أو إرادة أو أمل أو تفضيل ولاتصل إلى حد الينبغيات .

٣- إن الفكرة تؤدي إلى توسط واعتدال انفعالي : والأفكار التي تسهم في الأداء الأكثر وظيفية للفرد تؤدي إلى مشاعر تتدرج في المستوى المعتدل إلى المستوى الأقوى ، والإثارة الانفعالية الضعيفة أو القوية فتمثل عقبة في طريق حل المشكلات .

٤- أن تعكس الفكرة انفتاحا على خبرة جديدة :

إن الفكرة المرتبطة بالأداء الوظيفي الجديد للفرد وتسمح له بحرية البحث عن حلول بديلة للمشكلات بطريقة اقل إثارة للخوف، ويتبع ذلك أن تقبل المخاطر كجزء من الثمن الذي يدفع لتحقيق الهدف (كفافي ، ١٩٩٩ : ٣٣٣).

أساليب الإرشاد والعلاج العقلاني الانفعالي السلوكي:

الأسلوب الأول: اتجاه A-B-C-D-E العلاجي

وفي صورة العلاج العقلاني السلوكي فانه قد اشتهر بتفسير العلاقة بين ABC يعني أن النتائج (C) ليست وليدة الأحداث والظروف الخارجية (A) وإنما نتيجة لنظام التفكير (B) الذي يتبناه الفرد تجاه تلك الحدث ثم الانتقال إلى التفنيد (D) للأفكار اللاعقلانية.

ومن الأمثلة على ذلك : مجيء احد الطلاب إلى المرشد وهو منزعج وقلق من والديه لأنهما يوجهان له الانتقاد ويحدان من حريته هنا المرشد يطلب منه في البداية أن يتعرف على أفكاره حول هذا الانزعاج ، وقد يجد من بين هذه الأفكار مثلا : استطيع أن اترك البيت وان أعيش بحرية كاملة : " إن والدي اكبر مني ولا شك أنهما يعرفان كثيرا عن مشكلات الحياة ومن الأفضل أن أطيع والدي ...

وعندما يقوم المرشد بتنفيذ ومناقشة الأفكار اللاعقلانية من المسترشد يكون قد حقق الأثر الفلسفي E (Effect) الذي يتبع نموذج ABC وبذلك يكون المسترشد قد اكتسب نظام معرفي عقلاني يستطيع بواسطته أن يواجه سلوكياته ومشكلاته في المستقبل ، بما فيها السلوك الذي جاء من اجله وهو انزعاجه وغضبه وقلقه من والديه ، عن طريق الأفكار العقلانية بدلا من الأفكار اللاعقلانية .

وهناك بعض الأساليب الأخرى التي يمكن أن يزود المرشد بها مثل إرشاده في كيفه التعبير عن نفسه في هدوء ، تعليمه مخاطبة نفسه بعبارات مثل " إن والدي معذور فهو كبير بالسن وربما تكون له ظروف صعبة تجعله متوترا ، لقد أخطأت عندما رفعت صوتي على والدي .

وكذلك تعليمه أن يفكر في الجوانب المضيئة في علاقته بوالده وكيف انه رباه صغيرا وعامله بإحسان وبرفعة (الخواجا، ٢٠٠٩ :٢٩٤).

"وَقَضَى رَبُّكَ أَلا تَعْبُدُوا إلا إِيَّاهُ وَبِالوالِدَيْنِ إِحْسَانَاً إِمَّا يَبْلُغَنَّ عِنْدَكَ الكِبَرَ أَحَدُهُمَا أَوْ كِلاهُمَا فَلا تَقُلْ لَهُمَا أُفٍّ وَلا تَنْهَرْهُمَا وَقُلْ لهُمَا قَوْلاً كَرِيماً" الاسراء (٢٣)

الأسلوب الثاني: الأساليب المعرفية Cognitive Techniques

- **العبارات الذاتية Coping Self Statements** : بتطوير العبارات الذاتية الايجابية التي يمكن أن يخاطب العميل بها نفسه فان المعتقدات العقلانية ستقوى ، على سبيل المثال : الشخص الذي يخاف من الحديث في مكان عام قد يكتب لنفسه عبارات ويكررها عدة مرات في اليوم ، مثل " أريد أن أتحدث بطلاقة ، لا باس إذا لم استطع ، لا أحد يموت إن تحدث بشكل ضعيف " .

- **مرجع Referening** : هذه الطريقة تناسب بشكل جزئي الأفراد المدمنين ، و خاصة المدخنين الذين لديهم تحمل ضعيف للإحباط ، حيث يطلب منهم عمل قائمة حسنات و سيئات إيقاف أو الاستمرار بالتدخين على أن يفكروا بجدية بهذه القائمة و يقرؤونها (10 _ ٢٠) مرة في اليوم .

- **تعليم الآخرين Teaching others** : عندما يجرى نقاش ما بين العميل و زملائه يقترح أليس أن يتولى العملاء مهمة توضيح الأفكار اللاعقلانية و مناقشتها مع الزملاء و استبدالها بالمعتقدات العقلانية ، حيث أن الدخول في نقاش مع الزملاء يعزز قيم و أفكار العميل العقلاني.

- **التصور: Visualization** جعل العملاء يراقبون أنفسهم أثناء عمل المهمة الصعبة قد يساعدهم في تطبيق هذه المهمة في الحياة الواقعية. على سبيل المثال ، تصوير لقاء ودي ايجابي بتفاصيله ما بين العميل و رئيسه المزعج يساعد على التعامل بنجاح مع اللقاء الحقيقي.

- **حل المشكلة Problem Solving** : مساعدة الأفراد على توسيع خياراتهم حول ماذا يريدون أن يفعلوا ؟ و ماذا سيكون عليه الحال في المستقبل ؟REBT تساعدهم على اختيار أفكارهم العقلانية ، مشاعرهم ، و أفعالهم بدلا من أن يواجهوا بقيمهم اللاعقلانية المشكلات . المعالجون يساعدون العملاء على الوصول إلى الخيارات الناجحة من خلال التعامل مع كلتا المشكلات العملية (إيجاد الحلول) و المشكلات الانفعالية ، الخوف و القلق بشان الحصول على العمل مثلا) .

- **الإيحاء الذاتي** : يعتقد أليس أن الأفراد مفكرون سلبيون يحدثون أنفسهم بأمور تسبب لهم هزيمة داخلية سواء عن أنفسهم أو عن الآخرين ، ويستطيع المعالج ان يتعامل مع العميل بتعليمه كيف يفكر بايجابية بدل التفكير السلبي ، ولكن يجب أن يكون المعالجون حذرون لان العملاء قد يسيئون استخدام الإيحاء الذاتي ، ويقنعون أنفسهم أن كل شيء سيكون على ما يرام بدلا من أن يقنعوا أنفسهم أنهم يستطيعون تحمل ذلك مهما كانت الظروف .

- **الخيارات:** يملك العميل خيارات أكثر مما يبدو له ، والمعالجون في REBT

يسعون دائما لجعل العملاء يرون جميع الخيارات التي يملكونها حقيقة، ويسعون لتوليد هذه الخيارات من خلال العملاء والعمل على ربطها مع أفكارهم اللاعقلانية.

- **الدقة اللفظية** : يعتقد REBT إن التفكير الإنساني تعلوه الشواهد بشكل جزئي والسبب في ذلك يعود إلى عدم دقة اللفظ ، فاستعمال الألفاظ غير الدقيقة ينبع من التفكير المشوه ، لذلك على المعالجين أن ينتبهوا بشكل خاص إلى الألفاظ التي يستعملها العملاء خلال طرحهم لمشكلاتهم .

- **وسائل التسلية (الإلهاء):** تؤمن REBT بان الوسائل البدنية مثل تمارين الاسترخاء والتمارين الرياضية هي وسائل (الهاء) للعملاء بسبب تركيز العملاء على هذه النشاطات عند ممارستها بدلا من أن يفكروا بهزيمة أنفسهم والحديث عنها وتكرار التفكير بالأفكار اللاعقلانية .

- **المرح والنكات:** عادة يلجا المعالجون في REBT إلى استخدام المرح والنكات ليسخروا من الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العملاء، وبهذه الوسيلة يستطيع المعالج أن يجعل العميل يضحك على أخطائه ويتقبل نفسه بكل ما فيها من ضعف.

- **القصد المتناقض أو الممارسة السلبية للأفكار** : إن القصد المتناقض وسيلة لتضخيم الأفكار اللاعقلانية التي يحملها العميل بهدف اكتشاف عدم واقعية أفكاره اللاعقلانية ليكتشف أن أفكاره غير عقلية وغير واقعية ونتيجة لذلك فانه سوف يتحرك نحو تبني النهج المضاد وهو الواقعية والعقلانية .

- **تشتت الانتباه** : يطلب المعالج من العميل ضمن الخطة الإرشادية والواجبات البيتية أن يطبق البرنامج اليومي الذي سوف يتم الاتفاق به مع المريض بحيث يكون البرنامج مليئا بالنشاطات التي تخرجه من ذاته وتشتت انتباهه عن موضوعات خارجية تستقطبه كليا، وتهدف هذه النشاطات إلى إضعاف مراقبة الذات إلى حد كبير ، وهناك أيضا أسلوب الاسترخاء الذي يتدرب عليه العميل من قبل المعالج من أجل خفض التوتر والقلق (الحجار : ١٩٩٣، ١٧٣).

- **السحر والشعوذة : Magic and Mysticism**

الصبي كثير الطلبات يمكن تهدئته وتسكينه بالسحر ، مثلا : قد يقول له والده أن احد الملائكة سيقوم سريعا بتلبية طلباته ، وبشكل مماثل (البالغ) كثير الطلبات يمكن أن نزرع لديه الاعتقاد أن معالجه هو شخص لديه قدرات سحرية حيث سيقوم بتخليصه من مشاكله فقط من خلال الاستماع إلى ما يزعجه .هذه الحلول السحرية لها مفعول ايجابي في مساعدة العملاء على التحسن والتخلي عن أعراض الاضطراب ، ولكنها نادرا ما تكون ذات فائدة على المدى البعيد ، وعادة ما تقود في النهاية للتضليل (ضمرة ،٢٠٠٨: ٨٧-٨٩).

الأسلوب الثالث:الأساليب الانفعالية: emotive methods

يستخدم المعالجون والمرشدون في هذا الاتجاه مجموعة من الطرق الانفعالية منها:

١- **التخيل، التصور :Imagery** يساعد التخيل المسترشد في تغير انفعالاتهم غير المناسبة إلى انفعالات مناسبة، فيطلب من الطالب مثلا أن يتخيل والديه اللذان يحدان من حريته والذي يسبب له الانزعاج والقلق، يطلب منه أن يتخيل ذلك ولكن دون قلق أو انزعاج أو توتر. يشير أليس أن هذا الأسلوب يساعد في تقليل الانفعالات غير السارة والقلق والاكتئاب . يفضل استخدام الأسلوب يوما ولعدة أسابيع .

٢- **لعب الأدوار :Role Playing** إن إعادة تكرار سلوكيات محددة من قبل المسترشد يساعد على استحضار انفعالات لم يكن على وعي بها .

٣- **تمارين / تدريبات مهاجمة الشعور بالخجل : Shame-attacking exercises:**

يشجع المسترشد على القيام بأعمال يخجل من القيام بها، حيث يتخلص منها، وحتى وان لم يوافق عليها الآخرين.يشمل هذا الأسلوب على طرق سلوكية وانفعالية في الإرشاد.

فمثلا يطلب من المسترشد كواجب بيتي أن يصرخ عاليا طالبا من الحافلة أن تتوقف والقيام بمثل هذه السلوكيات وعندها سوف يشعر بان الآخرين غير مهتمين فعليا بسلوكياته.

٤- **استخدام العبارات الذاتية النشطة: Forceful self –statement:**

يستخدم هذا الأسلوب من اجل تغير الأفكار اللاعقلانية بأفكار جديدة عقلانية، كان يقول المسترشد "انه لمن المفزع أن احصل على علامة منخفضة في الامتحان (فكرة لاعقلانية)، فيتم استبدالها " أريد أن احصل على علامة مرتفعة جدا ولكن ليس من الواجب علي هذا " (الخواجا ، ٢٠٠٩ : ٢٩٦-٢٩٧).

الأسلوب الرابع : الأساليب السلوكية :Behavioral methods

REBT يستخدم أساليب سلوكية متعددة وفي اغلب الأحيان تكون على شكل واجبات منزلية منها:

١- الواجبات البيتية التي يكلف بها المسترشد مثل مراجعة المواقف التي يخاف منها أو يخجل منها ، وقد يطلب منه أحيانا واجبات مثل قراءة بعض الكتب كالتي تتعلق بطريقة العلاج العقلاني الانفعالي السلوكي .

٢- وتتضمن هذه الواجبات جوانب عقلية مثل التعرف على الأفكار للاعقلانية وتدوينها .

٣- قد يستخدم المعالج أساليب سلوكية مثل الاشتراط الإجرائي مثل التعزيز ، وأساليب تعديل السلوك وأساليب تشكيلها .

٤- يمكن استخدام أساليب الاسترخاء المختلفة (الخواجا : ٢٠٠٩ ، ٢٩٧).

طرق العلاج العقلاني الانفعالي :

يشير أليس إلى أن العلاج العقلاني الانفعالي يستخدم طرقا متنوعة منها:

١- **العلاج الفردي : Individual Therapy**

يكون الأسلوب العلاجي بين المعالج والعميل فقط وذلك للذين ليس لديهم القدرة على مواجهة الآخرين ويفضلون العلاج الفردي، ويحاول المعالج تعليم العميل أساس اضطرابه وكيفية مهاجمة المصادر الأساسية لمشاكله وترتكز في توضيح نظرية A B C للعميل .

وقد حدد أليس بان معظم العملاء يأخذون من خمس إلى خمسين جلسة علاجية بواقع جلسة واحدة أسبوعيا ويتخلل الجلسات إعطاء واجبات سلوكية وذلك حسب المشكلة التي يعاني منها المريض(Corey,1991:342).

٢_ العلاج الجماعي..الانفعالي الجماعي . group Emotive Therapy: rational

بدأ أليس ممارسة العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي عام ١٩٥٩م واستخدم كل الطرق المعرفية السلوكية التي استخدمها في العلاج المعرفي، ويقرر أليس انه من خلال الخمس والعشرين سنة الماضية أجرى عدة دراسات حول العلاج العقلاني الانفعالي الجماعي وأظهرت نتائج مشجعة. ويشتمل هذا النوع من العلاج على أنواع متعددة أيضا ومنها: المجموعات المفتوحة الصغيرة، والمجموعات ذات وقت محدد لأنواع معينة من المشكلات مثل (الشراهة أو التسويف)، ومجموعات مواجهة عقلانية من يوم إلى يومان. ومجموعات كبيرة مكثفة لمدة تسع ساعات ومجموعات عروض عامة ، وخلال الجلسات الجماعية يتم متابعة الواجبات المنزلية لأعضاء المجموعة والمناقشة النشطة الفعالة للمعتقدات للاعقلانية والنماذج الخاصة وكتابة التقارير والكتب والنشرات واستخدام القصص والفكاهة ، كما يتم استخدام بعض الأساليب السلوكية مثل التحصين التدريجي ، لعب الأدوار ، التعزيزات والجزاءات ، منع الاستجابة ،والتدريب على المهارات الاجتماعية، وقبل كل ذلك يتم إشعار العميل بالقبول غير المشروط .(Ellis ,1992: 63)

٣_العلاج العقلاني الانفعالي المختصر : Brief Therapy

تستخدم هذه الطريقة للأفراد الذين لا يستطيعون الاستمرار في العلاج إلا لفترة قصيرة. حيث يتعلم طريقة A B C عن طريق المعالج وذلك خلال جلسة أو عدة جلسات ليتفهموا مشاكلهم الانفعالية. ومعرفة مشكلاتهم الرئيسية وكيف يبدأ العمل في تغير اتجاهاته الأساسية للاضطراب ويمكن استخدام هذا الأسلوب للشخص الذي يعاني من مشكلة معينة مثل العدائية ضد رئيسه أو الذين يعانون من الصعوبات في التكيف ، ويقرر أليس أن هذا الأسلوب لا يؤدي إلى تحسن سريع فقط ولكن أيضا قد تستمر فاعليته لمدة شهور بل قد تستمر لعدة سنوات .

٤_ جماعات المواجهة (المارثون) : Marathon Encounter Groups

يعتبر العلاج العقلاني الانفعالي من أكثر الأساليب العلاجية تركيزا على المحتوى المعرفي فقد حقق نجاحا فيما يطلق عليه (المواجهة العقلانية في نهاية الأسبوع). A Weekend of Rational Encounter في هذا الأسلوب يعمل أفراد المجموعة في تدريبات هادفة وجادة للتعرف على مشكلات كل واحد من أفراد المجموعة وتكوين علاقات لفظية وغير لفظية فيما بينهم والتحدث عن بعض التجارب والخبرات المخجلة ويقوموا بخاطرات غير مألوفة، وتعلم

المواجهة والصراحة وجها لوجه ، وبعد التعرف على أعضاء المجموعة وبعد التخلص من بعض الدفاعات غير المرغوب فيها تقضى مدة من الزمن في التعمق في المشكلات العميقة ، ويتعرف أفراد المجموعة على الأساس الفلسفي لسبب اضطرابهم وكيفية تغير معتقداتهم ، كما يتم التدريب على بعض التدريبات اللفظية وغير اللفظية ويعطى بعض الواجبات المنزلية لكل فرد من أفراد المارثون (الجماعة) ويتدربون على أساليب حل المشكلات وعادة تستغرق المجموعات من يوم إلى يومان ، ومجموعات كبيرة مكثفة لمدة تسع ساعات (Ellis , 1989 :224).

٥ – العلاج الزواجي والعائلي : Marriage and Family Therapy

استخدم العلاج العقلاني الانفعالي منذ البدايات للعلاج الأسرى . و عادة يقابل المعالج الزوج و الزوجة معا، و يستمع إلى شكوى كل منهما من الأخر ثم يبين المعالج لكل منهما إذا كانت الشكوى لها ما يبررها . و أن انزعاجه ليس له ما يبرره . و يعمل المعالج مع كل منهما منفردا أو معا في محاولة للإقلال من القلق أو الاكتئاب أو الشعور بالذنب ، و خاصة العداوة و ذلك فـي عدة جلسات قصيرة ، وعادة عندما يبدأ الزوجان بتعلم أسس ومبادئ العلاج العقلانـي الانفعالي من المفترض أن يكون اقل انزعاجا و يقل خلافاتهما و يزيد التقارب والتفاهم بينهما ، و قد يقرر الطرفين الانفصال ،ويعمل المعالج معهما على حل مشكلاتهما الفردية و الجماعية و المحاولة على تحقيق حياة زوجية سعيدة ، و يهتم المعالج بكل منهما كفرد يمكن مساعدته في مواجهة مشكلاته الانفعالية ، وفى العلاج الجماعي يمكن للمعالج العقلاني الانفعالي أن يقابل جميع أفراد العائلة معا ، و يمكن أيضا أن يقابل الأطفال في جلسة جماعية أو يقابلهم كل واحد على حدا ، و يوضح المعالج للوالدين أهمية تقبل الأطفال و التوقف عن إدانتهم بصرف النظر عن سلوكهم و كذلك تعليم الأطفال تقبل الوالدين و الأشقاء
و تعلمهم كيفية التعايش مع الظروف و تقبل الذات (Ellis, 1989 : 225:).

انتقادات العلاج العقلاني الانفعالي :

تتلخص مزايا العلاج العقلاني – الانفعالي فيما يلي :

* تصل نسبة التحسن باستخدامها إلى حوالي ٩٠% من الحالات ، ويؤتى العلاج ثماره عندما يستخدمه المعالج الكفء مع المريض الذكي.

* يناسب مجتمعنا ، حيث أن المعتقدات غير العقلانية والأفكار الخرافية كثيرة .

* يعتبر أسلوبا مثاليا لتغير المعتقدات غير العقلانية وغير المنطقية وإبدالها بأخرى عقلانية ومنطقية .

* يحصن المريض ضد الأفكار غير العقلانية التي قد يتعرض لها مستقبلا .

وتتلخص عيوب العلاج العقلاني – الانفعالي فيما يلي :

* لا يروق لبعض المرضى هجوم المعالج على أفكارهم .
* قد يؤدي الهجوم لمباشر على معتقداتهم وأفكارهم إلى المقاومة .
* قد يؤدي إلى اعتماد المريض على المعالج .
* قد يتطرف بعض المعالجين ويبالغون ، فيصبح عملهم أشبه بعملية غسيل المخ بالنسبة للمريض.
* يعتبره البعض علاجا تسلطيا أكثر منه سلطويا (زهران : ١٩٩٧ ، ٣٧٤).

المبحث الثاني

الاضطرابات النفسية :

إن تناول موضوع الاضطرابات النفسية وتصنيفاتها بكافة جوانبها وأشكالها أمر مطول لا تجده سعة هذه الدراسة المتواضعة نظرا لكثرة التصنيفات والتعقيدات والاختلافات العديدة حول تصنيفها كما وجد الباحث أن هناك اختلافات كثيرة في التصنيفات للأمراض النفسية والعقلية فبعض الأبحاث والكتب تشير إلى جميع الاضطرابات العقلية والنفسية بمصطلح الاضطرابات النفسية والبعض الأخر يطلق عليها مصطلح الاضطرابات النفسية والعقلية، وهناك من يصنفها كل على حدا ويعتبر أن الاضطرابات النفسية مصطلح يقتصر على الاضطرابات العصابية Neurosis فقط ويطلق مصطلح الاضطرابات العقلية على الأمراض الذهانية، والباحث هنا سوف يتناول بعض الاضطرابات العصابية والاضطرابات الذهانية معا بما يخدم محاولة تفسير وتوضيح الاضطرابات التي يتناولها مقياس ال csl وهي أداة الدراسة والذي يتناول قائمة من الأعراض النفسية والعقيلة ، وسوف يتناول الباحث في هذه الدراسة توضيحا لبعض الاضطرابات العصابية والاضطرابات الذهانية وبعض تصنيفات وأشكال كل واحدة على حدا والتي تأخذ مصلح الاضطرابات النفسية في هذه الدراسة .

أولا : العصابية : Neurosis :

تعريف العصاب :

العصاب هو اضطراب وظيفي في الشخصية بين العادي وبين الذهان وهو حالة مرضية تجعل الشخص العادي اقل سعادة ويعتبره البعض صورة مخففة من الذهان ، وأعراض العصاب تمثل رد فعل الشخصية أمام وضع لا تجد له حلا بأسلوب أخر ، أي انه يمثل المظهر الخارجي للصراع والتوتر النفسي والخلل الجزئي في الشخصية (زهران ، ١٩٩٧: ٨٠٤).

والعصابية خلل وظيفي في شخصية الفرد يدل على وجود صراعات داخلية وتصدع في العلاقات الشخصية ، وظهور أعراض مختلفة كالقلق ، والاكتئاب ، والأفعال القهرية ، وسهولة الاستثارة والحساسية الزائدة ، واضطرابات النوم والطعام وغيرها من الأعراض التي يعانيها الفرد العصابي دون المساس بترابط شخصيته ، فهو يتحمل المسؤولية ، ويمتلك الاستبصار بمعاناته ، ويحاول التحكم بذاته ، ويطلب التدخل العلاجي لمساعدته للوصول إلى درجة مناسبة من الشعور بالرضا عن حياته ، ومهنته ، والاستمرار في عمله خشية تفاقم صراعاته الداخلية التي تحول دون إمكانية تفاعله الاجتماعي ، وسقوطه في حضرة الأمراض النفسية التي تجعله غير قادر على الاستمرار أو الإنتاج ، فالعصابي عادة يواصل نشاطه بالرغم من إحساسه الظاهر بالعجز والتقيد ، وسيطرة مشاعر الذنب والثرثرة والتعاسة (الخالدي ، ٢٠٠٦، ١٩٣)

العوامل المساعدة للإصابة بالأعراض العصابية :

إن الأعراض العصابية تحدث نتيجة كعوامل مركبة هي :

أولا : الاستعداد الوراثي .

ثانيا : تغيرات في النمو بمرحلة الطفولة .

ثالثا : التأثيرات البيئية أو العوامل النفسية والاجتماعيةالتي تساهم بصورة واضحة على ظهور الأعراض المرضية .

رابعا : الاستعداد الفسيولوجي للجهاز العصبي (الخالدي ، ٢٠٠٦ ،١٩٤).

الأعراض العامة للعصاب :

* القلق الظاهر أو الخفي والخوف من الشعور بعدم الأمن ، وزيادة الحساسية والتوتر والتهيجية والمبالغة في ردود الفعل السلوكية ، وعدم النضج الانفعالي والاعتماد على الآخرين ومحاولة جذب انتباه الآخرين والاستجابة الطفولية في مواقف الإحباط ، والشعور بعدم السعادة والحزن والاكتئاب .

* اضطراب التفكير والفهم بدرجة بسيطة ، وعدم القدرة على الأداء الوظيفي الكامل ، ونقص الانجاز وعدم القدرة على استغلال الطاقات إلى الحد الأقصى ، ومن ثم عدم القدرة على تحقيق أهداف الحياة .

* الجمود والسلوك التكراري وقصور الحيل الدفاعية والأساليب التوافقية والسلوك ذو الدافع الشعوري .

* التمركز حول الذات والآنية واضطراب العلاقات الشخصية والاجتماعية.

* بعض الاضطرابات الجسمية المصاحبة نفسية المنشأ(زهران ، ١٩٩٧ :٤٨٢).

مآل العصاب :

يعتبر مآل العصاب أفضل بكثير من مال الذهان أو الاضطرابات عضوية المنشأ ويلاحظ أن كل أنواع العصاب قابلة للعلاج النفسي والتحسن والشفاء مع العلاج المناسب وتصل نسبة التحسن والشفاء إلى ٩٠% أو أكثر وكثير من حالات العصاب تشفى تلقائيا في حوالي ٤٠% _ ٦٠% من الحالات حين يحدث تغير في حياة المريض (زهران ، ١٩٩٧ :٤٨٤).

وسوف يتناول الباحث بالتفصيل بعض الاضطرابات العصابية Neurosis التي تعبر عن بعض أعراض القائمة المرضية في مقياس ال csl.

(١) : اضطرابات القلق النفسي :

سوف يتناول الباحث أنواعها ويستعرضها في هذه الدراسة على النحو الأتي :_

(أ) _ القلق النفسي العام (ب)_ نوبات الهلع (الذعر) (ج) اضطرابات الهلع (د) رهاب الخلاء (هـ) الرهاب الاجتماعي (ي) الوسواس القهري .

(أ)- القلق النفسي العام:

يعتبر القلق من الأمراض العصابية الشائعة إلا انه يعتبر سمة رئيسة في معظم الاضطرابات ، حيث نجده بين الأسوياء في مواقف الأزمات ونجده مصاحبا لكل الأمراض العصابية والذهانية على حد سواء ، وان القلق هو سمة العصر الحديث بأزماته وطموحاته ومنافساته الحادة وقد يكون هذا صحيحا لكن مع هذا نجد أن الحالات الشديدة من القلق توجد في كافة المجتمعات ولم يخلو منها عصر من العصور والقلق هو انفعال شديد لمواقف أو أشياء أو أشخاص لا تستدعي بالضرورة هذا الانفعال وهو يبعث في الحالات الشديدة على التوتر والخوف ويحول حياة صاحبه إلى حياة عاجزة ويشل قدرته على التفاعل الاجتماعي والتكيف البناء ، ويشمل الاضطرابات في حالات القلق مثله مثل أي اضطراب انفعالي أخر الكائن بجوانبه الوجدانية والسلوكية والتفكير ، فضلا عن تفاعلاته الاجتماعية، فمن حيث النواحي الشعورية (أو الوجدانية) تسيطر على الشخص في حالات القلق مشاعر بالخوف والاكتئاب والشعور بالعجز عن اتخاذ قرارات حاسمة أو سرعة اتخاذ قرارات لا تنفذ (الزهراني : ٢٠٠٢ ، ٣٤).

مفهوم القلق النفسي:

أولا: التعريف اللغوي للقلق:

*يعرف القلق لغوياً بأنه " القلق من قلق والقلق الانزعاج، ويقال بات قلقاً واقلق غيره، والقلق لا يستقر في مكان واحد والإزعاج (ابن منظور، ١٩٨٦: ٣٢٣).

* كما يعرف القلق: " من قلق وقلق قلقلً لم يستقر في مكان واحد أو لم يستقر علي حال، واضطرب وانزعج فهو قلق، والقلق: حالة انفعالية تتميز بالخوف مما قد يحدث، والمقلاق: شديد القلق، ويقال رجل مقلاقا وامرأة مقلاقة (الكعبي، ١٩٩٧: ٢٨).

ثانيا: التعريف السيكولوجي للقلق:

لقد اختلف علماء النفس فيما بينهم في تعريف القلق، وتنوعت تفسيراتهم له، كما تباينت آراؤهم حول الوسائل التي يمكن استخدامها للتخلص منه وفي هذا المقام سوف يستعرض الباحث عدد من التعريفات التي ذكرت عن القلق ومنها التالي:

*حدد معجم علم النفس والطب النفسي القلق" بأنه شعور عام بالفزع والخوف من شر مرتقب وكارثة توشك أن تحدث" (الكعبي، ١٩٩٧: ٣٠).

*أما في قاموس المصطلحات النفسية والتحليل النفسي فقد عرفه أنه " حالة انفعالية غير سارة مستمرة لدى الفرد وشعور مكدر بتهديد أو هم مقيم وعدم راحة واستقرار فيها يفقد الرغبة أو الدافع للهدف " (عبد الخالق، ١٩٨٧ :٢٧).

*ويعرف زهران القلق بأنه " هو حالة توتر شامل ومستمر نتيجة توقع خطر فعلي أو رمزي قد يحدث، ويصاحبها سبب غامض، وأعراض نفسية وجسمية " (زهران، ٢٠٠١ :٤٨٤) .

*كما عرفه ملحم علي أنه "هو شعور عام غامض غير سار مصحوب بالخوف والقلق والتحفز بصحبه في العادة بعض الإحساسات الجسمية مجهولة المصدر كزيادة ضغط الدم وتوتر العضلات وخفقان القلب وزيادة إفراز العرق " (ملحم، ٢٠٠١: ٢٣٣).

*القلق " هو ناتج عن ردة فعل الفرد علي الخطر الناجم عن الفقدان أو الفشل الواقعي حيث يشعر الفرد بالتهديد جراء هذا الفقدان أو الفشل" (رضوان، ٢٠٠٢: ٢٣٢).

*كما عرفه عكاشة بأنه " شعور غامض غير سار مملوء بالتوقع والخوف والتوتر مصحوب عادة ببعض الإحساسات الجسمية تأتي على شكل نوبات متكررة من نفس الفرد "

(عكاشة، ٢٠٠٣: ١٣٤).

*كما يعرف الرفاعي القلق بأنه " حالة نفسية تحدث حين يشعر الفرد بوجود خطر يتهدده، وهو ينطوي علي توتر انفعالي تصاحبه اضطرابات فسيولوجية مختلفة (الرفاعي، ١٩٨١: ٢٠٥).

*ويعرف كمال القلق بأنه " حالة من التحسس الذاتي يدركها الفرد علي شكل شعور من الضيق وعدم الارتياح من توقع وشيك لحدوث الضرر والسوء (كمال، ١٩٨٨: ١٦١).

* ويعرف مخيمر القلق بأنه " رد فعل الأنا ينذر بخطر خارجي (قلق سوي) أو بخطر داخلي من جانب الأنا الأعلى (قلق خلقي في صورة إثم أو اشمئزاز) أو بخطر داخلي

(طفح المكبوتات من جانب الهو) قلق عصابي" (مخيمر، ١٩٧٩: ٢٣).

*ويعرف سان فورد **San Ford** القلق بأنه " مشاعر مفعمة بالقلق وترقب الشر ويوجد في كثير من مواقف الصراع والعصاب النفسي " (العيسوي، ١٩٨٤: ٧٣).

* أما مسرمان **Messerman** فيعرف القلق بأنه " حالة من التوتر الشديد الشامل ينشأ خلال صراعات الدوافع ومحاولات الفرد للتكيف" (الطيب، ١٩٩٤: ٦٥).

أنواع القلق :

قدمت عدة أنواع في التراث النفسي مثل : القلق الموضوعي والقلق العصابي ، القلق الخلقي ، القلق الاجتماعي ، قلق الانفصال ، القلق الظاهر ، القلق الكامن ، قلق الامتحان ، قلق المدرسة

، قلق الموت ، قلق المرض ، قلق الجراحة ، قلق علاج الأسنان ، ثم أخيرا قلق الحالة وقلق السمة ، ويعد اضطراب القلق من أكثر الحالات الوجدانية الشائعة والمسببة لكثير من المشكلات ، حيث أظهرت الدراسات الوبائية أن ١٥% من المجتمع يعانون من القلق على مدار العام الواحد (Ellis:1977 , 67).

وهناك خمسة أنواع رئيسية للقلق تتمثل في:

١_ القلق الموضوعي :

وهو عبارة عن ردة فعل لإدراك خطر خارجي يتوقعه الفرد أو يشعر به أو يراه مقدما كما هو الحال في قلق التلميذ المتعلق بالتحصيل مثلا ، أو قلق الفرد المتعلق بالنجاح في عمل جديد (غالب ، ٢٠٠٠: ١٢١).

والقلق الموضوعي خبرة انفعالية مؤلمة تنتج عن إدراك مصدر خطر في البيئة التي يعيش فيها الفرد ، إذ أن إدراك الفرد لوجود الخطر هو ما يثير القلق لدى الفرد

(عبد الغفار ، ١٩٧٦ : ١٢١)

٢- **القلق العصابي:**

هو القلق الذي كون مصدره داخلي ذو أسباب لاشعورية مجهولة بدون وجود مبرر لها

(محمد ، ١٩٩٣ : ٢٨٨).

ويتسم القلق العصابي بأنه قلق شديد لا تتضح معالم المثيرات التي ينشأ عنها ويظهر على شكل خوف من المجهول ، ويلجا صاحبه لإلقاء اللوم على أكثر من مؤثر بدون وجود صلة واضحة أو واقعية بين القلق والمثير ، والقلق العصابي يمكن أن يكون حالة عامة يتكرر حدوثها ، ويمكن أن يأخذ ردود خوف مرضي ، ويمكن أن تكون في حالة من الشعور بالتهديد المرافق للاضطرابات النفسية كالهستيريا مثلا (الرفاعي ، ١٩٨٧ : ٢١٠).

وترى نظرية مدرسة التحليل النفسي أن القلق العصابي ينشا عندما يهدد "الهو" بالتغلب على اندفاعات "الأنا" وإشباع تلك الغرائز التي لا يوافق المجتمع على إشباعها والتي جاهدت "الأنا "في سبيل إخمادها ، ولذلك تلجا "الأنا" إلى الحيل الدفاعية في سبيل كبت رغبات "الهو " ، وعندما تفقد الحيل الدفاعية وظيفتها في التمويه يشتد القلق . والقلق العصابي يتخذ ثلاثة صور هي : انفعال خوف أو مخاوف مرضية أو هوس (عبد الغفار ، ١٩٧٦ : ١٢٣).

ويرى فرويد أن القلق العصابي ينقسم إلى ثلاثة أنواع من القلق وهي كالتالي:

أ.القلق الهائم:

وهو خوف عام شائع طليق مستعد لأن يتعلق بأي فكرة مناسبة وهو يتربص بأية فكرة ما لكي يجد مبرراً لوجوده، وهو يؤثر في أحكام الفرد بدرجة كبيرة ويؤدي إلي توقع الشر ويسميه

فرويد(القلق المتوقع)، والأشخاص المصابون بهذا النوع من القلق يتوقعون دائماً أسوا وأقصي النتائج ويفسرون كل ما يحدث لهم كأنه نذير(فرويد، ١٩٨٩: ١٥).

ب . قلق المخاوف المرضية:

وتتضمن المخاوف المرضية إدراك بعض الموضوعات المحددة أو المواقف باعتبارها مثيرات القلق كأن يخاف الفرد مثلاً من أشياء لا تخيف الأسوياء من البشر مثل رؤية بعض الأفراد، أو عند رؤية الدم والحشرات، أو الخوف من الأماكن المغلقة، أو الأماكن المفتوحة

(فهمي، ١٩٩٧ :٢٠٠).

ج. قلق الهستيريا:

ويبدو هذا القلق واضحاً أحياناً وفي بعض الأحيان غير واضح، ويري فرويد أن الأعراض الهستيرية مثل الرعشة والإغماء، واضطراب خفقان القلب وصعوبة التنفس، إنما تحل محل القلق وبذلك يزول شعور القلق أو يصبح غير واضح وينسب فرويد إلي هذه الأعراض الهستيرية التي يسميها (معادلات القلق) نفس الأهمية الإكلينيكية التي ينسبها إلي القلق في الأمراض العصابية التي يظهر فيها القلق بصورة واضحة (الطحان، ١٩٩٢: ٢٢٩).

٣: القلق الخلقي والإحساس بالذنب:

ينشأ القلق الخلقي و الإحساس بالذنب نتيجة لإحباط دوافع الذات العليا، وهذا الإحساس بالذنب شأنه شأن القلق العصابي، يمكن أن يحدث في صور مختلفة، في صورة قلق عام متشعب دون وعي بالظروف التي صاحبته، أوفي صورة مخاوف مرضية، أو في صورة قلق متعلق بأعراض العصاب المختلفة والمنتشرة في المجتمع، حيث لا يستطيع بطبيعة الحال أن يتهرب الفرد من ضميره، أو يفر منه، وهنا يثور القلق وكأنه نذير خطر (فهمي، ١٩٩٧: ٢٠١).

وبالتالي فإن هذا النوع من القلق ينشأ عندما تكون الأنا الأعلى مصدر الخطر أو التهديد، وذلك عندما يقترف الفرد أو يفكر في الإتيان بسلوك يتعارض مع المعايير والقيم التي يمثلها جهاز الأنا الأعلى ومصدر هذا القلق داخلي كامن في تركيب الشخصية كما هو في القلق العصابي، فهو صراع داخل النفس، وليس صراعاً بين الشخص والعالم الخارجي

(الهابط، ١٩٩٩ :٨٣).

٤- القلق العام :

إن هناك اختلافات كثيرة في تعريفات القلق النفسي كمرض مستقل ويعرف بأنه شعور عام غامض غير سار بالتوجس والخوف والتحفز والتوتر المصحوب عادة ببعض الإحساسات

الجسمية خاصة زيادة نشاط الجهاز العصبي اللاإرادي ويأتي في نوبات متكررة مثل الشعور بالفراغ في فم المعدة أو السحبة في الصدر أو ضيق في التنفس والشعور بنبضات القلب أو الصداع أو كثرة الحركة (عكاشة ، ١٩٩٨ : ١١٠).

٥- **قلق الهستيريا** : وتم الإشارة إليه سابقا .

حالة القلق و سمة القلق :

ميز كل من Spielberg & Cattell بين مفهومين من المفاهيم البنائية المرتبطة معا عند الحديث عن القلق ، وهما مختلفان تماما من الناحية المنطقية :

١_ **حالة القلق** : و تحدث عندما يدرك الشخص منبها معينا أو موقفا على انه يمكن أن يحدث الأذى أو الخطر أو التهديد بالنسبة له . " و تختلف حالة القلق في الشدة وتتغير عبر الزمن بوصفها دالة لكمية مواقف المشقة ، التي تقع على الفرد و تضغط بشدة عليه " (عبد الخالق ، ١٩٩٤ :١٩) . وهو حالة انفعالية مؤقتة تختلف من لحظة إلى الأخرى و سرعان ما تزول هذه الحالة بزوال مصدر التهديد (حسين ، ٢٠٠٧ : ١٩) .

٢-**سمة القلق** : تشير إلى الفروق الثابتة نسبيا في الميل إلى القلق و هذه الفروق تنشأ عن اختلاف ردود الأفعال تجاه المواقف المدركة بأنها مهددة (حسين ، ٢٠٠٧ : ١٨) . و يشير عبد الخالق إلى أن سمة القلق لا تظهر مباشرة في السلوك ، و إن كان يمكن استنتاجها من تكرار ارتفاع حالة القلق لدى الفرد عبر الزمن و شدة هذه الحالة(عبد الخالق ، ١٩٩٤ : ١٩)

و تشير الدراسات النفسية إلى أن القلق " هو أساس جميع الأمراض النفسية و هو أيضا أساس جميع الانجازات الايجابية في الحياة و " هو باتفاق جميع مدارس علم النفس الأساس لكل الاختلالات الشخصية و اضطرابات السلوك " (حسين ، ٢٠٠٧ : ١٣) . و يعتبر Spence من أوائل من قال بالجوانب الايجابية للقلق حيث رأى أن القلق ما هو إلا دافع مكتسب له القدرة على شحذ الكائن الحي(الانصارى ، ٢٠٠٤ : ٤) . فحالة قلق المستقبل ملازمة لكل فرد منا ، و هو ضروري لتواصل مسيرة الانجازات و الإبداع في الحياة . فهو دافع هام في اتجاه تحقيق النجاح . فالقلق ينشط سلوك الفرد و يحرره ، و القلق عامل توجيهي لتحقيق هدف معين ، و القلق يمكن أن يعتبر صفة تعزيزيه بعد انجاز العمل(عثمان ، ٢٠٠١: ٢٦) و لكن إذا بلغ مستوى أو درجة هذا القلق حدا زائدا يتحول إلى قلق مرضى و لكل من القلق
السوي و القلق المرضى درجات متعددة و مستويات مختلفة (عبد الخالق ، ١٩٩٤ : ١١-١٢).

و يقسم Basaowiter مستويات القلق إلى ثلاث مستويات :

المستوى المنخفض :

يحدث حالة التنبيه العام و يزداد تيقظه و ترتفع لديه الحساسية للإحداث الخارجة و تزداد القدرة على المقاومة و التحفز على المواجهة . فالقلق هنا بمثابة الإشارة و الإنذار لخطر وشيك الوقوع

المستوى المتوسط :

يصبح الفرد هنا اكبر قدرة على السيطرة و يزداد السلوك في مرونته و تلقائيته ، و تزداد قدرة الفرد على الابتكار و يزداد الجهد المبذول للمحافظة على السلوك المناسب و الملائم في مواقف الحياة المتعددة .

المستوى العالي :

هنا يحدث اضمحلال و انهيار للتنظيم السلوكي للفرد ، و يصبح الفرد غير قادر على التمييز الدقيق بين المنبهات الضارة و غير الضارة ، و يظهر ذلك في صورة المصاب بالقلق العصابي في ذهوله ، و تشتت فكره ، و وحدته ، و سرعة تهييجه ، و عشوائية سلوكه

(عثمان ، ١٩٩٣ : ٢٨).

الخوف و القلق

هناك أمرين أساسيين يختلف فيهما القلق عن الخوف و هما :

١- أن القلق خوف من خطر محتمل أو مجهول غير مؤكد الوقوع ، فهو خوف من المجهول و الخفي و الغريب و غير المتوقع .

٢- و انه خوف معتقل محبوس لا يستطيع أن ينطلق في مجراه الطبيعي ، فهو انفعال مؤلم نشعر به حين لا نستطيع أن نفعل شيئا حيال شيء مخيف يتهددنا بالخطر

(عبد الخالق ، ١٩٩٤ :٢٠-٢١).

ويكون مصدر القلق داخلي فهو ما يهدد الجانب النفسي أو تهديد لشخصية الفرد في إطارها الاجتماعي ،أما الخوف فذو مصدر خارجي وغالبا ما يكون الخوف ما يهدد الجانب العضوي للفرد (حسين ، ٢٠٠٧ : ٢٢).

والخوف أيضا يتميز بما يلي :

١- استجابة لخطر واضح وموجود فعلا.

وقتي ويزول بزوال المنبه والمنبه هنا معروف ومدرك شعوري (عبد الخالق ، ١٩٩٤ :٢١).

وفيما يلي جدول الملامح السيكولوجية الفارقة بين القلق والخوف لدى "ليف كما هي مبينة في جدول رقم (١).

جدول رقم (١)

وجه المقارنة	القلق	الخوف العادي
الموضوع	غير معروف	يكون معروفاً
التهديد	التهديد داخلي	التهديد خارجي
التعريف	التعريف غامض	التعريف محدد
الصراع	الصراع موجود	غائب
الدوام	مزمن	حاد

(عبد الخالق ، ١٩٩٤ : ٢١).

أسباب القلق النفسي :

١- الاستعداد الوراثي : وقد تختلط العوامل الوراثية بالعوامل البيئية .

٢- الاستعداد النفسي : الشعور بالتهديد الداخلي أو الخارجي الذي تفرضه بعض الظروف البيئية .

٣- مواقف الحياة الضاغطة والضغوط الثقافية والبيئية والحضارية الحديثة .

٤- عدم تتطابق بين الذات والواقعية والذات المثالية وعدم تحقيق الذات .

٥- التعرض للخبرات الحادة (عاطفيا ، تربويا ، اقتصاديا) كذلك الخبرات الجنسية الصادمة خاصة في الطفولة والمراهقة .

٦- ربط بعض العلماء ومنهم (فرويد ، بين القلق وإعاقة اللبيدو من الإشباع الجنسي الطبيعي ووجود عقدة اوديب أو عقد الكترا) .

٧- الشعور بالذنب : يشعر بعض الأشخاص بالقلق عندما يعتقدون بأنهم تصرفوا على نحو سيئ وأنهم سوف يتعرضون للعقاب ، فهم لم يتعلموا أن من الطبيعي أن تكون لدى كل فرد أفكار سلبية وأن هناك فرقا بين التفكير بالشيء وعمله .

الإحباط المستمر : أي الإعاقة التي تمنع الفرد من إشباع حاجاته ودوافعه ومن بين الإعاقة قسوة الوالدين وعدم إشباعهما لحاجات الطفل ، وتوقع الفرد للعقاب ، وتأنيب الضمير ورعونته ومحاسبته عن كل كبيرة وصغيرة وكثرة الأوامر والنواهي

(العبيدي ، ٢٠٠٩ :٢٤٤).

ونشير هنا إلى انه هناك اختلافات بين الأفراد بالنسبة للإحباط أو قدرة الفرد على مقاومة الظروف الضاغطة وتتمثل في :

*** الاختلاف بين الأفراد في الموروثات الحيوية :**

فهذا الاختلاف ينتج عنه تباين في القوة الجسدية ، ومعدل الذكاء الفطري ، ومدى توازن الجهاز العصبي والغدد الصماء والوظائف الحيوية الداخلية .

***الجنس :**

لا يستجيب الرجال والنساء لمؤثرات القلق بنفس القدر ليس بسبب القوة أو الضعف ولكن لان التكوين العضوي لكل منها يختلف عن الأخر فضلا عن اثر المؤثرات الاجتماعية من التربية وعادات وتقاليد وقيم وأعراف وادوار حياتية في تهيئة الجنسين لاستجابات متباينة .

*** العمر:**

من المعروف أن التأثيرات تختلف من مرحلة عمرية إلى مرحلة عمرية أخرى ، ففي مرحلة الطفولة يتأثر الطفل بالأسرة والجو العائلي ، أما في مرحلة المراهقة فيتأثر الفرد بجماعة الرفاق ، أما في مرحلة الشباب فيهتم الأفراد بإبراز الشخصية والعلاقات الثنائية ، أما في سن النضوج فيفكر الإنسان في تدعيم وضعة الاقتصادي والاجتماعي والمهني وتامين المستقبل ، بينما في خريف العمر يتجه الاهتمام إلى الذرية وصلات الأرحام وصالح الأعمال .

*** أنماط الشخصية وسماتها الأساسية :**

يعد التكوين النفسي للفرد وخصائص الشخصية التي تميز بها من أهم العوامل المسببة للقلق فبعض الناس بحكم تكوينهم لديهم استعداد للإصابة بالقلق أو الاكتئاب أو غيره من الاضطرابات النفسية عند التعرض لأي ضغط خارجي طفيف يمكن لغيره تحمله .

*** الحالة الصحية :**

تتدنى الحالة النفسية والمعنوية للفرد في حالة المرض لان المرض يضعف القدرات الدفاعية للجسم ويقيد حركته ، ويسبب له مناخا نفسيا سيئا .

*** نوع ومستوى التعليم :**

اتضح أن أعلى معدلات القلق كانت بين مجموعات المتعلمين وليس السبب في التعليم بل في محتوى التعليم التربوي السائد من مناهج وطرق تدريس وتقويم وإعداد معلمين وإشراف تربوي ومدى ارتباطها بالمنهج الديني والإنساني والقيم الاجتماعية النبيلة والفهم السليم لطبيعة الحياة ودور الفرد فيها(السباعي وعبد الرحيم ،١٩٩١ : ٣٢-٣٥).

الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي :

هناك العديد من الأعراض الإكلينيكية للقلق النفسي تتفاوت من حيث المدة الزمنية والأعراض الإكلينيكية والاستمرارية وتصنف أنواع القلق النفسي إكلينيكيا على النحو التالي :-

أ_ القلق الحاد : وينقسم إلى الأتي:

١- حالة الخوف الحاد : وهنا يظهر التوتر الشديد ، والقلق الحاد المصحوب بكثرة الحركة ، وعدم القدرة على الاستقرار مع سرعة التنفس ، والكلام السريع غير المترابط ، مع نوبات من الصراح والبكاء تكون مصحوبة بجفاف الحلق ، واتساع حدقة العين ، وشحوب الجلد والارتجاف الشديد للإطراف سواء الذراعين أو الساقين ، وقد تؤدي سرعة التنفس أحيانا إلى تقلصات عضلية أو إغماء ، ويصيب الفرد الإعياء الشديد بعد هذا الخوف الحاد.

٢_ حالة الرعب الحاد :واهم ما يميز هذه الحالة هو عدم الحركة والسكون المستمر مع تقلص العضلات والارتجاف مع ظهور العرق البارد الغزير ، وهنا لا يستطيع المريض أعطاء معلومات وافية عن حالته ، بل أحيانا لا يعرف المكان والزمان ، وكثيرا ما يعترض هذا السكون الحركي ، اندفاع مفاجئ ، يجري إثنائه دون هدى ، وفي المواقف العسكرية أحيانا ما يجري نحو العدو ،أما في المواقف الأخرى ، فكثيرا ما يهاجم بل ويقتل من يقابله ، وهذا القلق الخبيث يحدث في المجتمعات البدائية ويسمى في الشرق الأقصى بالاموك .

٣- إعياء القلق الحاد: عندما يستمر القلق لمدة طويلة ، يصيب الفرد إجهاد جسيم ويصاب بأرق شديد لعدة أيام ، ويظهر هذا الإعياء أثناء الانسحاب العسكري، والبراكين والزلازل والحرائق ،والكوارث العامة ، ويبدو الوجه جامدا دون عاطفة شاحبا غير منفعل مع التبلد الذهني ، والسير بطريقة أوتوماتيكية بطيئة دون معرفة اتجاهه، أما إجابته على الأسئلة فتأخذ نمطا واحدا مختصرا ، واهم مميزات هذه الحالة هي الأرق الحاد الذي لا يستجيب أحيانا للعقاقير المنومة ، ولذا نلجأ في هذه الحالة إلى حقن وريدية ، ويتعرض المريض أثناء شفائه لنوبات من الهياج ، والفزع والكوابيس ، عندما يستمر القلق الحاد لمدة طويلة دون شفاء ، أو عندما يكون الإجهاد بطيئا بحيث لا يسبب أي نوع من أنواع القلق الحادة ، فهنا يتعرض المريض لما يسمى **القلق المزمن** (عكاشة ، ١٩٩٨ :١١٢).

ب- القلق المزمن :

أ- أعراض جسمية :

وهي أكثر أعراض القلق النفسي شيوعا ، فنحن نعلم أن جميع الأجهزة الحشوية في الجسم متصلة وتتغذي بالجهاز العصبي اللاإرادي والذي يحركه الهيبو ثلاموس المتصل بمراكز الانفعال ، ولذا فقد يؤدي الانفعال إلي تنبيه هذا الجهاز وظهور أعراض عضوية في أحشاء

الجسم المختلفة ، بل وأحيانا يكبت المريض الانفعال ولا يظهر إلا الأعراض العضوية ، وهنا يتجه المريض نحو أطباء القلب ، والصدر ، والأمراض الباطنية حسب نوع الأعراض ، **وأهم هذه الأعراض الأتي :**

١- الجهاز القلبي الدوري :

هنا يشعر المريض بالأم عضلية فوق القلب والناحية اليسرى من الصدر ، مع سرعة دقات القلب ، بل والإحساس بالنبضات في كل مكان ، ويبدأ في عد سرعة النبض ، وان حاول النوم يحس بالنبضات في رأسه ومخه مما يجعله في حالة ذعر من احتمال حدوث انفجار في المخ .. والذي بالطبع لن يحدث ، كذلك يشعر المريض ببعض ضربات القلب غير المنتظمة ، وتكون الطامة الكبرى عندما يقيس ضغط الدم ويجده مرتفعا بعض الشيء من جراء الانفعال وإن أخطا الطبيب واخبره انه يعاني من الضغط المرتفع ، يبدأ المريض المسكين في سلسلة من الأبحاث والاشعات ورسم القلب ، مما يزيد من قلقه وبالتالي من أعراض الآلام ، والنبضات ، والضغط ، وهكذا يدخل في حلقة مفرغة تنتهي أخيرا بعلاجه النفسي ، والسبب في كل هذه الأعراض هو الانفعال الظاهر أو المكبوت ، والذي ينبه الأعصاب اللاإرادية للقلب.

٢- الجهاز الهضمي :

وهو من أهم الأجهزة التي يظهر بها القلق النفسي ويكون في هيئة صعوبة في البلع أو الشعور بغصة في الحلق ، وسوء الهضم والانتفاخ وأحيانا الغثيان والقيء أو الإسهال أو الإمساك ، بل وبتعرض المريض أحيانا إلي الآلام مغص شديد يحتار الأطباء في تشخيصه كذلك نوبات من التجشؤ تتكرر كلما تعرض الفرد لانفعالات معينة ، وقد لوحظت هذه الظاهرة في النساء فقط خصوصا المتزوجات وآلائي يختلفن في شخصياتهم عن الأزواج وعن طريقة التعبير عن الانفعال ، وكثيرا ما يكون القيء علامة رمزية للاحتجاج على موقف معين أو شعور بالتقزز أو الاشمئزاز من شخص ما .

٣_ الجهاز التنفسي :

وهنا يشكو المريض من سرعة التنفس ، والناهجان والتنهيدات المتكررة مع الشعور بضيق الصدر وعدم القدرة على استنشاق الهواء ، وأحيانا ما تؤدي سرعة التنفس إلى طرد ثاني أكسيد الكربون وتتغير درجة حموضة الدم ، وقلة الكالسيوم النشط في الجسم ، مما يجعل الفرد عرضة للشعور بالتنميل في الأطراف ، وتقلص العضلات ، ودوار وتشنجات عصبية ، وأحيانا الإغماء وتبدأ القصة بأن المريضة تذهب إلى مكان مزدحم أو مغلق أو تتعرض لانفعال شديد مع فقدان عزيز أو وفاة .. الخ ، فتبدأ في الشعور بالتنميل ثم الدوخة ، ثم تتشنج و يغمى عليها ، و ما حدث هو أن القلق أدى إلى سرعة التنفس دون أن تحس بتنفسها ، لأننا لا نحس بالتنفس إلا إذا

اشــتد و تغيــر عــن الطبيعــة و أحيانــا مــا تــتهم المريــضة بالــدلال و الحــساسية .. الــخ (عكاشة، ١٩٩٨: ١١٣-١١٥).

٤- الجهاز العصبي :

ويظهر القلق هنا في شدة الانعكاسات العميقة عند فحص الجهاز العصبي للمريض ، مع اتساع حدقة العين ، وارتجاف الأطراف ، خصوصا الأيدي مع الشعور بالدوار والدوخة والصداع

٥_ الجهاز البولي والتناسلي :

يتعرض معظم الأفراد لكثرة التبول بالإحساس الدائم بضرورة إفراغ المثانة وذلك عند الانفعال الشديد ، كما يحدث قبل الامتحانات ، وعند التعرض لمواقف حساسة ، وأحيانا ما يظهر عكس ذلك من احتباس للبول ويلاحظ ذلك في بعض الأفراد في المراحيض العمومية حيث يصابون بهذا الاحتباس رغم الرغبة الشديدة في التبول ، والسبب الرئيس في ذلك هو تنبيه الجهاز السمبيتاوي أو الباراسمبتاوي من جراء القلق ومن أهم أعراض القلق النفسي في الجهاز البولي التناسلي هو فقدان القدرة الجنسية عند الرجل والعنة، أو ضعف الانتصاب ، أو سرعة القذف ، وهي من الأعراض التي تسبب ألما شديدا عند الرجل ،ولكي نفهم كيفية حدوث ذلك علينا أن نعرف بعض الشيء عن فسيولوجيا الانتصاب ، فالانتصاب عملية نفسية عصبية ، فالإثارة الجنسية تسبب تنبها بالأعصاب الباراسميتاوية ، و بالتالي انتفاخ الأوردة في القضيب مما يسبب انتصابه ، أما عملية القذف و الارتخاء فمن اختصاص الأعصاب السمبتاوية التي تقلل من كمية الدم في القضيب ، وكما تبين لنا سابقا فان القلق يثير الجهاز السمبتاوي ، ومن ثم يسبب فقدان القدرة الجنسية بل وغالبا ما تبدأ الحالة بانتصاب عادي ثم عندما تبدأ المحاولة الجنسية يصاب الرجل بالضعف وأحيانا بالقذف المبكر، فيبدأ في الخوف على رجولته ، ويحاول ثانيا وهو في حالة قلق بل وكأنه في امتحان عسير .

٦- الجهاز العضلي :

يتردد معظم المرضى على الأطباء للشكوى من الأم مختلفة في الجسم ، ومن أكثر أنواع الألم شيوعا ، الآلام العضلية وهنا يعاني المريض من الآلام في الساقين أو الذراعين ، والظهر وفوق الصدر ، وكثيرا ما تشخص هذه الآلام بالروماتيزم ويبدأ المريض في اخذ عقاقير دون فائدة واضحة ، وكثير من هذه الآلام نفسية بحتة ، بسبب القلق النفسي حيث لا يستطيع الفرد أحيانا التعبير عنه وعن الصراعات المختلفة إلا من خلال هذه الآلام .

٧- **الجلد** : يكون القلق النفسي عاملا أساسيا في أسباب ونشأة الكثير من الأمراض الجلدية ، مثل حب الشباب والاكزيما ، والارتكارية ، والصدفية ، والبهاق وسقوط الشعر، وغيرها مما يجعل أطباء الجلد يهتمون بعلاج الناحية النفسية لمرضاهم أو إحالتهم إلي الطبيب النفسي عند

فشلهم في معرفة سبب الصراع (عكاشة،١٩٩٨: ١١٥-١١٦).

٨- جهاز الغدد الصماء :

يسبب القلق الكثير من أمراض الغدد الصماء ، وسنذكر ذلك في الجزء الخاص بالأمراض السيكوسوماتية ومن أهمها زيادة إفراز الغدة الدرقية والبول السكري ، مع زيادة هرمون الأدرينالين من الغدة فوق الكلوية ..الخ.

ب- الأعراض النفسية للقلق المزمن:

١- الخوف : يبدأ المريض بعد حياة سوية في الخوف من أشياء كانت فيما سبق لا تسبب له أي استجابة مرضية ، فأحيانا يخاف من الأماكن المغلقة أو الأماكن المعتمة أو الأمراض والخوف من الأمراض من أكثر المخاوف شيوعا فهناك الخوف من أمراض القلب ، والدرن ،والسرطان ، والزهري ، أو الخوف من الموت ، أو الخوف من الجنون ، وأحيانا يأخذ الخوف مظاهر غريبة ، كخوف المرء من ابتلاع لسانه ، أو توقف الطعام في حلقه ، أو انفجار شارين مخه ، وتردد المريض على الأطباء ، ويحاولون تهدئته وطمأنته من أنه لا يعاني من أي مرض عضوي ، ويستريح بعض الشيء ولكن سرعان ما تعود له المخاوف ويبدأ في زيارة أطباء آخرين ، ويزيد القلق ومن ثم تزيد الأعراض الجسمية السابق ذكرها في الأجهزة المختلفة ، مما يعزز خوف المريض من احتمال وجود مرض عضوي ، وعادة ما يتألم هؤلاء المرضى كثيرا نظرا لان الأطباء والأقرباء يهزئون من أعراضهم خصوصا أن الأطباء يقولون لهم أنهم لا يعانون من أي شيء ، وبالطبع ففي هذه الجملة خطا جسيم لأنهم يعانون ولكن من مرض نفسي .

٢- التوتر أو التهيج العصبي :

وهنا يصبح المريض حساسا لأي ضوضاء بل يقفز من مكانه عند سماعه لرنين التليفون أو الجرس ، ويفقد أعصابه بسهولة ولأتفه الأسباب ، وتبدأ الأم في ضرب أبنائها على اقل سبب ثم تندم وتبكي بعدها ، ويثور الزوج على زوجته من إجابة عادية ويتهمها بأنها تعتدي على كرامته ، وتصبح هذه الإثارة العصبية مصدرا للنزعات العائلية بل وأحيانا ما تحطم الحياة الزوجية ويلاحظ هذا التوتر بين الطلبة قبل الامتحانات ، ويبدأ الطالب في الشكوى من ضجيج المواصلات ، وصراخ أخوته ، وشجار والديه ، ويطلب الانتقال من المنزل ويثور لأتفه الأسباب ويعطيه الوالدان عذره بان اعصباه "تعبانه " لقرب الامتحانات .

٣- عدم القدرة على التركيز : ومن مظاهر ذلك:_

سرعة النسيان ، السرحان ، مع الشعور بالاختناق ، والصداع والإحساس بطوق يضغط على الرأس ، ويكون ذلك مصحوبا أحيانا باختلال الآنية أي يشعر الفرد انه قد تغير عن سابق عده

وان العالم قد تغير من حوله ،ويبدأ في القلق على أتفه الأمور ويضخمها في رأسه .

٤ – فقدان الشهية للطعام :ومن مظاهر ذلك: _

مع فقدان الوزن ، والأرق الذي يتميز في الصعوبة في النوم ، أي يرقد الفرد على سريره ويتقلب الساعة بعد الأخرى دون أن تغفل عينيه ، وإن نام يصحب نومه أحلام وكوابيس مزعجة ، مما يجعل حياته سلسلة من العذاب .

٥_ شرب الخمر أو تناول العقاقير المنومة أو المهدئة :

وذلك كمحاولة من المريض للتخفيف من أعراض القلق النفسي ، مما يؤدي أحيانا إلى حالات إدمان ، ولذا وجب البحث عن القلق المختفي وراء هذه العادة في حالة أي مريض يعاني من الإدمان على الخمر أو عقار خاص(عكاشة،١٩٩٨: ١١٨).

ويصنف الدليل الإحصائي الأمريكي الرابع للأمراض النفسية والعقلية أعراض القلق النفسي العام على النحو التالي :

اضطراب القلق المعمم (يشمل اضطراب القلق الزائد في الطفولة)

Generalized Anxiety Disorder (Includes Overanxious Disorder of Childhood)

أ– قلق زائد وانشغال قلقي Worry (توقع توجسي) يحدث أغلب الوقت لمدة 6 أشهر على الأقل، حول عدد من الحوادث أو الأنشطة (مثل الإنجاز في العمل أو المدرسة).

ب– يجد الشخص صعوبة في السيطرة على الانشغال القلقي .

ج– يصاحب القلق والانشغال القلقي ثلاثة (أو أكثر) من الأعراض الست التالية (مع تواجد بعض الأعراض على الأقل لأغلب الوقت لمدة الستة أشهر الأخيرة). **ملاحظة:** يكفي عرض واحد عند الأطفال.

(1) تململ أو إحساس بالتوتر أو ضيق الخُلُق on edge.

(2) سهولة التعب.

(3) صعوبة التركيز

(4) استثارة.

(5) توتر عضلي.

(6) اضطراب النوم (صعوبات في النوم أو البقاء فيه أو النوم المتململ واللامشبع).

د– بؤرة القلق والانشغال القلقي ليست محصورة في مظاهر أحد اضطرابات المحور I ، مثال، لا يكون القلق أو الانشغال القلقي حول حصول الحرج أمام الملأ (كما في الخوف الاجتماعي)، أو التلوث (كما

في اضطراب الوسواس القهري) أو الابتعاد عن المنزل أو الأقارب المقربين (كما في اضطراب قلق الانفصال) .

هـ- يسبب القلق أو الانشغال القلقي أو الأعراض الجسدية ضائقة مهمة سريرياً أو اختلالاً في الأداء الاجتماعي أو المهني أو مجالات أخرى هامة من الأداء الوظيفي

و- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية (مثل سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامة (مثل، فرط نشاط الدرق) ولا يحدث حصراً أثناء اضطراب مزاج أو اضطراب ذهاني أو اضطراب نمائي شامل. (DSM.IV,1994p: 116)

(ج) الأمراض السيكوسوماتية (النفسجسمية) :

نعنى بذلك الأمراض العضوية التي يسببها أو يلعب في نشأتها القلق النفسي دورا هاما ، أو الأمراض العضوية التي تزيد أعراضها عند التعرض لانفعالات القلق النفسي ، وبالطبع سيكون علاج القلق النفسي هنا علاجا أساسيا لصحة المريض العامة ، ومن أهم هذه الأمراض : ارتفاع ضغط الدم ، و الذبحة الصدرية ، جلطة الشرايين التاجية بالقلب ،الربو الشعبي ،روماتيزم المفاصل ، البول السكري ،زيادة إفراز الغدة الدرقية ، قرحة المعدة و الاثنى عشر ، التهاب القولون القرحى ، القولون العصبي ، والصداع النصفي ، السمنة ، فقدان الشهية العصبي ، كذلك الأمراض الجلدية السابق ذكرها .

أما إذا استمر الصراع النفسي لمد طويلة و أصبح القلق غير محتمل فعادة ما تتحول أعراض القلق النفسي إلى احد الظواهر الثلاث :

١- **المخاوف** : وقد سبق الكلام عنها بالتفصيل .

٢- **عصاب الأعضاء** : وهنا تقتصر أعراض القلق على أعراض احد الأعضاء الجسمية ، فمثلا أعصاب الجهاز الهضمي ، أو أعصاب القلب ، أو أعصاب الجهاز البولي التناسلي وهنا تكون أعراض القلق في هذا الجهاز غير مصحوبة بالأعراض النفسية للقلق ، مما يجعل المريض لا يفكر إطلاقا في ارتباط أعراضه الجسمية بالقلق.

٣_ **قلق الهستيريا** : لا يستطيع الكثير من المرضى تحمل الآلام النفسية للقلق ، ولذا فهم يحولون هذا القلق إلى أعراض هستيرية مع فقدان وظيفة بعض الأعضاء ويكون هذا التحول عادة مصحوبا بنوع من اللامبالاة حيث يعدد المريض شكواه ، ويصف آلامه دون أن يبدو على تعبيرات وجهه أثار الآلام (عكاشة، ١٩٩٨ :١١٩).

تصنيف زملة اضطرابات القلق:

وهي تصنف على النحو التالي :

١- اضطراب الهلع .

أ – المصحوب برهاب الأماكن المتسعة

ب_ غير المصحوب برهاب الأماكن المتسعة .

٢- رهاب الأماكن المتسعة دون تاريخ لنوبات الهلع .

٣- الرهاب الاجتماعي .

٤- الرهاب البسيط .

٥- اضطراب الوسواس القهري

٦- اضطراب الانعصاب التابع لحادثة .(اضطراب ما بعد الصدمة).

٧_اضطراب القلق العام .

٨ _ اضطراب القلق غير المصنف في مكان أخر(حمود ، ١٩٩٠ : **٣١٥).**

وهنا سوف يركز الباحث على أعراض القلق العام والتي سبق وأن تناولها بالتفصيل وكذلك سوف يتناول علاج القلق بشكل عام وسيتناول الباحث اضطرابات المخاوف المرضية واضطراب الوسواس القهري محل الدراسة بالتفصيل نظرا لأهمية الاضطراب وتميزه من حيث الأسباب والتشخيص والعلاج .

النظريات المفسرة للقلق النفسي :_

أولا نظرية التحليل النفسي :

***رأي فرويد:**

كان فرويد من أكثر علماء النفس استخداماً لمصطلح القلق وينظر فرويد إلي القلق باعتباره إشارة إنذار بخطر قادم يمكن أن يهدد الشخصية أو يكدر صفوها علي القلق. فمشاعر القلق عندما يشعر بها الفرد تعني أن دوافع (الهو) والأفكار غير المقبولة والتي عملت (الأنا) بالتعاون مع (الأنا الأعلى) علي كبتها تظهر وتقترب من الشعور وتقوم مشاعر القلق بدور الإنذار لتحشد مزيداً من القوي الدفاعية لتحول دون وصول الأفكار والمكبوتات إلي الشعور، بل أنها تدفعها إلي اللاشعور بعيدا عن منطقة الشعور والوعي (كفافي، ١٩٩٩: ٢٣٦).

ويري فرويد أن القلق النفسي ينشأ نتيجة للتعارض والصراع بين مطالب الهو (قوة الغرائز، ومطالب الأنا الأعلى (قوة المعايير الأخلاقية) وعجز الأنا عن التفريق بينهما وسبب هذا العجز يرجع إلي الخبرات في الطفولة (عبد الله، ١٩٩٦: ١٥١).

ويعتبر فرويد أن صدمة الميلاد هي المصدر الذي يبعث القلق في نفس الفرد وأنها تشتمل على سلسلة من المشاعر المؤلمة التي نتجت عن تغيير بيئة الطفل بسبب ميلاده وهي الصدمة التي نتجت عن انفصال الطفل عن أمه واستقلاله عنها، وهذه الصدمة وما يتولد عنها من مشاعر مؤلمة الأساس الأول الذي يمهد لظهور القلق في المستقبل(فهمي، ١٩٩٧: ١٨٧).

ويضيف فرويد في تفسيره للقلق أنه إذا لم تقم الأنا بعمل نشاط معين يساعدها في الدفاع عن نفسها وإبعاد ما يهددها وهي المكبوتات والرغبات المكبوتة في اللاشعور، وإما أن يستفحل القلق حتى تقع الأنا فريسة المرض النفسي (العناني، ١٩٩٨: ١١٠).

وبعد فترة من الزمن عدل فرويد نظريته في مفهوم القلق، فهو لم يعد يؤكد على أن الخبرات المؤلمة التي تنتج عن صدمة الميلاد هي العامل الأساسي في القلق، وإنما قرر بجانب ذلك وجود مواقف خطرة تهدد الفرد في مراحل نموه المختلفة، وأن كل مرحلة من مراحل النمو توجد مثل هذه المواقف، ففي مرحلة الطفولة المبكرة يثير القلق فقدان الأم أو فقدان حبها، وفي المرحلة القضيبية يثير القلق الخوف الناشئ عن التهديد بالخصاء، أما في مرحلة الكمون فان القلق يثار بتهديد الأنا الأعلى أي تهديد الضمير كالشعور بالذنب بسبب عملية التطبيع الاجتماعي، ويسمي فرويد هذا القلق بالقلق الاجتماعي أو القلق الخلقي، وهو خوف من عدم موافقة المجتمع أو خوف الفرد من نبذ المجتمع له (مرسي، ١٩٧٨: ٢٤).

*** القلق عند اتورانك:**

يفسر اتورانك القلق على أساس الصدمة الأولى وهي صدمة الميلاد ، فانفصال الوليد عن الأم هو الصدمة الأولى التي تثير لديه القلق الأولي ، فالفطام يستثير لدى الطفل القلق لأنه يتضمن الانفصال عن ثدي الأم ، والذهاب إلى المدرسة يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم ، وكذلك الزواج يثير القلق لأنه يتضمن الانفصال عن الأم ، فالقلق في رأي اتورانك هو الخوف الذي تتضمنه الانفصالات المختلفة ، ويذهب اتورانك إلى أن القلق الأولي يتخذ صورتين تستمران مع الفرد في جميع مراحل حياته ، هما : خوف الحياة ، وخوف الموت، إن خوف الحياة هو القلق من التقدم والاستقلال الفردي الذي يهدد الفرد بالانفصال عن علاقاته وأوضاعه إما خوف الموت فهو قلق من التوتر وفقدان الفردية وضياع الفرد في المجموعة أو خوفه من إن يفقد استقلاله الفردي إلي حالة الاعتماد على الغير .(عثمان، ٢٠٠١: ٢١)

***القلق عند ماى :**

القلق عند ماي هو توجس بصحبه تهديد لبعض القيم التي يتمسك بها الفرد ، و تعتقد أنها أساسية ، و ترى ماي أن للقلق أساسين هما : الاستعداد الفطري ، والأحداث الخاصة التي تستحضر القلق عن طريق التعلم بأنواعه المختلفة ، وأن استجابة القلق تكون سوية إذا كانت

متناسبة مع الخطر الموضوعي ، والخوف عند ماي عبارة عن استجابة متعلمة لخطر محلي لا يشكل تهديدا للقيم الأساسية للفرد(عثمان، ٢٠٠١: ٢٢).

*** القلق عند كارل يونج :**

يعتقد يونج أن القلق عبارة عن رد فعل يقوم به الفرد حينما تغزو عقله قوى وخيالات غير معقولة صادرة من اللاشعور الجمعي ، واللاشعور الجمعي من السمات المميزة لنظرية يونج ، ففي الشعور الجمعي تختزن الخبرات الماضية المتراكمة عبر الأجيال والتي مرت بالإسلاف القدامى والعنصر البشري عامة فالقلق هو خوف من سيطرة اللاشعور الجمعي غير المعقولة التي ما زالت باقية فيه من حياة الإنسان البدائية، كما يعتقد أن الإنسان يهتم عادة بتنظيم حياته على أسس معقولة منظمة وأن ظهور المادة غير المعقولة من اللاشعور الجمعي يعتبر تهديدا لوجوده(عثمان، ٢٠٠١: ٢٢).

*** القلق عند الفرد ادلر:**

يري أدلر أن القلق النفسي ترجع نشأته إلي طفولة الإنسان كأن يشعر الفرد بالقصور الذي ينتج عنه عدم الشعور بالأمن، وقد حدد أدلر مفهوم القصور بالقصور العضوي في بادئ الأمر بأنه قصور عضوي ثم ذهب بعد ذلك وعمم هذا القصور حتى شمل القصور بمعناه المعنوي والاجتماعي، فشعور الفرد بالقصور في نظر نفسه يزيد من شعوره بعدم الأمن ويري أدلر أن المقصود بالقصور العضوي هو القصور في أحد أعضاء الجسم إما نتيجة لعدم استكمال نموه أو توقفه أو نقص كفايته التشريحية أو الوظيفية، ولقد استدل أدلر علي أنه هناك علاقة بين القصور العضوي والنمو النفسي وهذا يؤثر دائما علي حياته النفسية في المواقف المختلفة، ومن ثم ينشأ القلق النفسي وكذلك نوع التربية التي يتلقاها الفرد في أسرته أثناء طفولته لها اثر كبير في نشأة القلق النفسي عند الفرد(فهمي، ١٩٩٧: ٢٠٥).

*** القلق عند كارين هورني :**

ترى هورني أن القلق يحدث عند الطفل عندما يعاقبه والديه على عادات النظافة والطعام والنوم وهو لا يعرف لماذا يعاقب أي قبل استخدامه للغة ومعرفته لتلك المفاهيم حيث يرتبط القلق لديه عند الذهاب إلى الحمام أو تناول الطعام ونتيجة لذلك يحاول الطفل الحصول على الأمن عن طريق الخضوع لمطالب والديه وقد يحتار الطفل ويعاني من القلق فإذا اتجه نحو الناس أو والديه فانه سيكون خاضعا وإذا اتجه ضد الناس كان عدوانيا وإذا توجه بعيدا عن الناس كان انسحابي. وان لأنماط المعاملة الوالدية وعلاقة الوالدين في الطفل وعدم تقديم الدعم العاطفي له وحرمانه من الحب والحنان ونبذه وتجاهله وتركه وحيدا ووضعه في موقف العدو وشعوره بالغربة ، جميع تلك الممارسات تعتبر من أهم مصادر القلق لديه ، وأن قسوة الوالدين وفقدان العدالة في

الأسرة وعدم تقدير الطفل ونكران حقوقه وتعرضه للعقاب هي أيضا من عوامل القلق في حياة الطفل ، كما أن المعاملة المنتشرة في بيئة الطفل الاجتماعية من خداع وكذب وغش وحسد وعدوان وتناقضات وعنف أيضا تنبع من شعور الفرد بعجزه وضعفه وحرمانه ، وينمو قلق الطفل تدريجيا امتدادا من أسرته إلى محيطه الاجتماعي ويغذيه ذلك التناقض العظيم الذي تنطوي عليه الحياة الاجتماعية(الهابط ، ١٩٨٩ :١٩١).

***القلق عند اريك فروم :**

إن سبب القلق عند الطفل كما يراه فروم ناتج عن اعتمادية على والديه من جهة ونزوعه للاستقلال من جهة أخرى ، وان اعتمادية على أمه في الحصول على غذائه وأمنه تجعله يرتبط بها بقيود أولية ومع ذلك فهو يميل للانفراد على الرغم من أن والديه يشكلان مصدر أمنه وطمأنينته ويشعر بالعجز في مواجهته للعالم بمفرده ، الأمر الذي يولد عنده القلق ، انه يشعر بالمسؤولية الكبيرة الملقاة على كاهله ويشعر بعدم كفايته في تحملها ، فالقلق كما يراه فروم هو نتيجة شعور الطفل بالعجز أمام ظروف العالم الخارجي في نزوعه إلى الاستقلال ، انه يشعر بعدم الاستحسان عندما يحاول انجاز أعماله بشكل مستقل عن والديه وتوجيه النقض إليه بشكل قاس من والديه أو من مجتمع لا يقدر إمكانياته الأمر الذي يجعله يشعر بالغربة في بيئته الأسرية والمجتمعية ، لذلك يضطر إلى كبت رغباته والتوقف عن إشباعها الأمر الذي يشكل مصدرا من مصادر قلقه فيصبح محتارا في انجاز ما يريد وتحمل نقد الآخرين ما يضطره أحيانا للانصياع والسكوت عن ما يريد وهذا يقوده إلى دائرة الإحباط والقلق

(قميحة ، ١٩٩٣ :١١٥).

ثانيا–القلق عند المدرسة السلوكية :

يؤكد "شافر" و "شوبين " على العلاقة الوثيقة بين القلق والصراع ، فالقلق هو خوف أو مزاج من الرعب والأمل بالنسبة إلى المستقبل ، والصراع جزء من القلق الذي يمثل تهديدا بخطر يمكن أن يحدث في المستقبل .

أما "دولارد "و"ميللر" فيذهبان إلى أن الصراع هو نزعة إلي انجاز استجابتين متناقضتين "إقدام – إحجام "، ويتميز أساس بتلك الأعراض العصابية التي هي في حقيقتها محاولات لتجنب القلق ، وعندما يفشل الفرد في البلوغ إلي هذه الأغراض يصاب عندئذ بعصاب القلق .

ويرى "فوليه "و"ايزنك "وهما من أصحاب السلوكية الجديدة أن القلق لا يختلف عن الخواف "الفوبيا "، وكل ما في الأمر أن القلق قد أصبح هائما أو منتشرا نتيجة لتعميم الخوف على مثيرات في البيئة ظهرت على التوالي مع المثير الأصلي الذي يسبب الخوف . فعلى سبيل المثال إذا تولد لدى الشخص خوف اشتراطي من الماء نتيجة تعرض للغرق فان السفن يمكن أن تصبح موضوعا مثيرا للخوف نتيجة لظهورها في الماء وارتباطها به ، ثم تصبح بعد ذلك مثيرات

أخرى كالشاطئ ثم الأشجار "التي على الشاطئ" ثم العصافير "التي فوق الأشجار "موضوعات مثيرة للخوف وهكذا تتسع دائرة المثيرات الباعثة للخوف حتى يصبح الشخص خائفا من كل شيء،وترجع المدرسة السلوكية اضطرابات السلوك بصفة عامة إلي تعلم سلوكيات خاطئة وسوء توافق مع البيئة وخاصة في مرحلة الطفولة المبكرة ويرون أن اكتساب تلك السلوكيات المرضية "الخاطئة"يتم طبقا لمبادئ التعلم في المدرسة السلوكية ، وتسهم الظروف الاجتماعية التي ينشا فيها الطفل في تدعيم تلك السلوكيات والعمل على استمرارها وبقائها(الطيب ، ١٩٩٤: ٣٨٤).

ثالثاُ: نظرية المدرسة الإنسانية:

يري أصحاب المذهب الإنساني أن القلق هو الخوف من المستقبل وما قد يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد الإنسان أو تهدد إنسانيته، فالقلق ينشأ مما يتوقع الإنسان من أنه قد يحدث، وليس القلق ناتجاً عن ماضي الفرد وبين أصحاب هذا المذهب أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (العناني، ١٩٩٨ :١١٣).

وهكذا يري أصحاب هذا الاتجاه أمثال ماسلو **Maslow** و روجرز **Roger** أن القلق في مضمونه هو الخوف من المستقبل، وما يحمله هذا المستقبل من أحداث قد تهدد وجود الإنسان، وينشأ ما لا يتوقع الإنسان حدوثه، وليس القلق ناتجاً عن ماضي الفرد فحسب، كما أن الإنسان هو الكائن الحي الوحيد الذي يدرك أن نهايته حتمية، وأن الموت قد يحدث في أي لحظة، وأن توقع الموت هو المثير الأساسي للقلق عند الإنسان (عبد الهادي، ٢٠٠١: ٢١٧).

ويقوم المذهب الإنساني في علم النفس علي أسس تختلف عن تلك التي تقوم عليه النظريات التقليدية، حيث يقدم نظرة عن الإنسان وحياته ومستقبله، ويري أن الإنسان كائن حي خير بطبيعته، وأنه بشر يكون ضحية رد فعل لما يواجهه من صعوبات وتحديات وإحباطات، فالفرد في نظر هذا المذهب حر، يختار من الحياة الأسلوب الذي يتناسب معه، والذي ينفرد به عن غيره، وحرية الإنسان محدودة، فهناك مواقف لا يستطيع فيها الاختيار، والإنسان دائماً في نمو وتطور يدفعه إلي نشاطه الدافع إلي تحقيق الذات (عبد الغفار، ١٩٧٦: ٥١).

رابعا : المدرسة المعرفية :

يرى "جورج كلي " احد مؤسسي النظرية المعرفية ، بأن هناك مسلمات يمكن من خلالها تفسير القلق ، إذ يشير إلى أن أي حدث قابل لمختلف التفسيرات ، ويعني هذا انه يمكن تفسير القلق الذي ينتاب الفرد بأكثر من طريقة ، وله مسلمة أخرى هي "أن العمليات التي يقوم بها أي شخص توجهه نفسيا بالطرق التي يتوقع فيها الأحداث " وباعتبار القلق ليس إلا عملية توقع وخوف من المستقبل فانه يمكن القول بأن التوقع المعرفي هو مصدر القلق الحقيقي .

ويرى بيك "أن العنصر المهم في حالات القلق هو عملية معرفية قد تأخذ شكل فكر اتوماتيكي أو صورة بسرعة عن طريق الانعكاس وذلك بعد الحافز البدائي " ضيق التنفس مثلا ، الذي يبدو معقولا ويلي ذلك موجة من القلق وعندما تعرف الحلقة المفقودة ، فأنه يصبح من الممكن أن نفهم السر الغامض الذي يثير القلق ، انه من الطبيعي لا يمكننا بصفقة دائمة أن نعرف فكرا معينا أو صورة معينة ، وفي مثل تلك الحالات يمكننا على أية حال أن نستنتج أن مجموعة معرفية ذات معنى تتعلق بالخطر قد تم تنشيطها (الخلف ، ١٩٩٣ : ٥٢) .

وقد يعمم القلق من وجهة النظر المعرفية . وهناك ما يسمى بالنموذج المعرفي للقلق المعمم الذي يفترض أن خبرات الأفراد تثير القلق ، وذلك بسبب أفكارهم عن أنفسهم وعن العالم من حولهم وتجعلهم ميالين إلى تفسير كثير من المواقف على أنها مصدر تهديد لهم ، إن المعتقدات أو الافتراضات المتعلقة بالقلق المعمم متباينة ومتنوعة اغلبها تدور حول القبول ، والتنافس ، والمسؤولية ، والتحكم ، وحول أعراض القلق نفسها (Hawton et al , 1996 : 56).

ويرى ألبرت أليس أن سلوك الفرد في موقف معين هو مزيج من العقلانية واللاعقلانية في وقت واحد ، ذلك لان الأفراد يتصرفون في مواقف الحياة المختلفة حسب ما يدركون ويعقدونه نحو تلك المواقف وعلى هذا الأساس فان هذا الاتجاه يفسر الاضطراب الانفعالي بأنه نتيجة عن الاضطراب في الإدراك ، والتفكير بطريقة لاعقلانية ، وينظر أليس إلي عمليتي التفكير والانفعال بأنهما عمليتان غير منفصلتين ، فيتكون التفكير من عناصر غير ذاتية أما الانفعالات فهي تحيزية وتغلب عليها الذاتية في إدراك الأمور ويستند العلاج العقلاني على مسلمات تساهم في تفسير سلوك الإنسان واضطرابه النفسي وهي:

١- التفكير والانفعال وجهان لعملة واحدة وكلاهما يصاحب الأخر في التأثير والتأثر .

٢- الإنسان عقلاني وغير عقلاني في آن واحد .

٣- يكتسب الفرد التفكير اللاعقلاني منذ الصغر من الأسرة أو الثقافة أو البيئة .

٤- يتميز الإنسان بأنه يفكر دائما ويصاحب تفكيره الانفعال فكلما كان التفكير غير عقلاني كلما نشا الاضطراب الانفعالي .

٥- يؤثر التزمت الديني وعدم التسامح ومشاعر الروتين والتفكير الخرافي بشكل كبير في نشوء الاضطراب الانفعالي .

ويجب مواجهة الأفكار اللاعقلانية والخرافية بالأفكار العقلانية المنطقية والمعرفية

(سري، ١٩٩٠: ١٦٧-١٧٠) .

خامساً: المدرسة الإسلامية:

يري المشرع الإسلامي أن القلق ينشأ عند الفرد نتيجة مخالفة أحكام الشريعة الإسلامية، وعدم الامتثال لحدود الله تعالي، فهو بذلك يتبع نفسه هواها، ويجري لاهثاً وراء دنياه غير مبال

ولا معتبر لأخرته، ويقول الرسول صلي الله عليه وسلم " الكيس من دان نفسه وعمل لما بعد الموت، والعاجز من أتبع نفسه هواها وتمني على الله الأماني (أخرجه الإمام أحمد) ويمكن إجمال الأسباب والدوافع الكامنة وراء نشأة حالة القلق عند الفرد كما يراها التشريع الإسلامي علي النحو التالي (الخطيب، ٢٠٠٤: ٤٢٨).

١. ارتكاب الذنوب:

فالذنوب هي مخالفة القوانين الإلهية وإتباع هوي النفس الأمارة بالسوء، وتعتبر الذنوب والخطايا واقتراف الآثام وارتكاب المعاصي كالسموم للقلق فهي إن لم تهلك صاحبها فهي تضعفه.

٢. الضلال:

الضلال هو عكس الهدي، وان الضلال عن سبيل الله والكفر والإلحاد والبعد عن الدين ومعصية الله تعالي ورسوله يؤدي إلي الوقوع في دوامة الاضطرابات النفسية، ومن ثم الإصابة بالقلق الذي هو النتاج الطبيعي للظلال.

٣. الصراع بين الخير والشر:

إن أخطر صراعات الإنسان هو صراعه بين قوي الخير وقوي الشر وبين الحلال والحرام وينشأ الصراع بين الهو (النفس الأمارة بالسوء) وبين الأنا الأعلى (النفس اللوامة) حيث ينعكس أثار هذا الصراع علي الأنا (النفس المطمئنة) وتحولها إلي نفس مضطربة فإذا ما استحكم الصراع من الإنسان صرعه وأحاله إلي فريسة للقلق

٤. ضعف الضمير:

هناك مقولة في علم النفس تري أن الأمراض النفسية ومظاهر التوافق النفسي هي أمراض الضمير، وهي حيلة هروبية من تأنيب الضمير، ويضاف إلي ضعف الضمير الضعف الأخلاقي والانحراف السلوكي الذي يترتب علي ذلك.

- الأنانية وإيثار الحياة والتكالب عليها.
- إتباع الغرائز والشهوات والبذخ والإغراء.
- الغيرة والحقد والحسد والشك والارتياب .

يتضح أن النظريات الغربية التي قدمت تفسيرا لمشكلة القلق قدمت صورة جزئية تسير متكاملة عن حقيقة هذا الكائن الإنساني المادي وكأنه وجد من فراغ ويعيش في فراغ لا صلة له بالكون الذي هو جزء منه وكأنه لا يوجد خالق لهذا الكون، مع تجاهل كامل لما كان قبل وجوده الإنساني في هذه الدنيا ولما يكون بعد انقضاء هذا الوجود وترتب على هذا إهمال الجوانب الروحية مع العلم أن هذا الجانب هو الذي يدور حوله الوجود البشري في التصور الإسلامي وهو الفاصل على مختلف جوانب السلوك البشري، فالإيمان بالله أساس فطري في

طبيعة الإنسان قال الله تعالى على لسان رسوله صلى الله عليه وسلم " :وإني خلقت عبادي حنفاء كلهم وإنهم أتتهم الشياطين فاجتالتهم عن دينهم وحرمت عليهم ما أحللت لهم"، ولكن الفطرة تتغير وتتبدل بما يطرأ عليها من العقائد الفاسدة والفرق الضالة فتفسدها .وقد قال صلى الله عليه وسلم " ما لله مولود إلا يولد على الفطرة فأبواه يهودانه أو ينصرانه أو يمجسانه (أبو عزب ، ٢٠٠٨ : ٤٨).

علاج القلق:

أولاً: العلاج النفسي:

يهدف العلاج النفسي إلي تطور شخصية المريض وإزالة مخاوفه وخفض توتره وهنالك عدة طرق للعلاج النفسي منها:

أ – العلاج بالتحليل النفسي:

وهو أحد الوسائل الهامة في علاج القلق حيث يساعد علي تقوية (الأنا) للمريض باعتبارها الجزء المسيطر علي حفزات (الهو) والمنسق بين متطلبات (الهو) وضوابط (الأنا الأعلى) وكما يهدف إلي إظهار الذكريات والأحداث المؤلمة والمكبوتة بمعني تحديد أسباب القلق الدفينة في اللاشعور ونقلها إلي حيز الشعور ويتم ذلك عن طريق التداعي الحر
وتفسير الأحلام حيث يصل المريض إلي الاستبصار بالمشكلة ومحاولة حلها (الداهري، ٢٠٠٥: ٣٣٤).

ب- العلاج الجشطالتي:

ويركز هذا العلاج علي خبرة الفرد الواعية بذاته وبيئته باعتبارها محور حياته، ويتم ذلك باستخدام بعض الفنيات مثل فنية المقعد الخالي، حيث يجلس المريض علي مقعد وأمامه مقعد خالي يتخيل جلوس شخص آخر عليه ويبدأ في حوار تخيلي مع الشخص، وكذلك فنية الاسترخاء والتنفس العميق لإعادة الانتعاش الحيوي إلي الفرد وغير ذلك من الفنيات الأخرى (الطيب، ١٩٩٤: ٣٨٩).

ج- العلاج العقلاني الانفعالي:

ويعتمد هذا العلاج علي مناقشة الأفكار غير المنطقية لدي المريض وإحلال الأفكار المنطقية بدلاً منها مما يؤدي إلي تغير سلوك المريض (المطيري، ٢٠٠٥: ٢٨٥).

ثانياً: العلاج السلوكي:

ويتميز خاصة في حالات الخوف حيث يتدرب المريض علي الاسترخاء، إما بتمرينات الاسترخاء العضلية أو النفسية أو تحت تأثير عقاقير خاصة بالاسترخاء، ثم يعطي المريض منبهات اقل ممن تصدر قلقاً، أو تسبب ألما ونزيد المنبهات تدريجياً حتى يستطيع المريض

مواجهة مواقف الخوف وهو في حالة استرخاء ،ودون ظهور علامات محددة ومعينة من القلق ، وهنا ينطفئ الترابط الشرطي المرضي ، ويتكون لديه ترابط شرطي سوي

(عكاشة ، ٢٠٠٣: ١٥٠).

ثالثاً: العلاج البيئي:

يقصد به تعديل العوامل البيئية ذات الأثر الملحوظ مثل تغيير العمل، وتخفيف أعباء المريض وتخفيف الضغوط البيئية ومثيرات التوتر. والعلاج الاجتماعي والرياضي والرحلات والصداقات والتسلية والعلاج بالموسيقي والعمل(زهران، ٢٠٠١: ٤٨٨).

رابعاً: العلاج الكيمائي: Chemot Therapy

يتم اللجوء إلى هذا النوع من العلاج في علاج حالات القلق الشديد المزمن، ويعتمد علي إعطاء المريض بعض العقاقير التي تخفض من حدة القلق والتوتر العصبي وهذه العقاقير تؤدي إلي الاسترخاء والهدوء (عبد الله، ١٩٩٦: ١٥٦).

ومن أمثلة العقاقير التي تقلل التوتر العصبي: مجموعات البنزوديازيين (الفاليوم – الليبريم اتيفان – زاناكس – ترنكسين) (عكاشة، ٢٠٠٣، ١٤٩).

خامساً: العلاج الكهربائي:

لا تفيد الصدمات الكهربائية في علاج القلق النفسي إلا إذا كانت تصاحبه أعراض اكتئابية شديدة وهنا سيختفي الاكتئاب ولكن علاج القلق يحتاج لمعرفة الصراعات النفسية المختلفة مع العلاجات السابق ذكرها ، أما المنبه الكهربائي فأحيانا ما يفيد في بعض حالات القلق النفسي المصحوبة بأعراض جسمية (عكاشة، ٢٠٠٣ :١٢٣).

سادساً: العلاج الجراحي:

توجد بعض الحالات النادرة من القلق النفسي المصحوبة بالتوتر الشديد والاكتئاب والتي لا تتحسن بالعلاج النفسي، والكيمائي، أو الكهربائي أو السلوكي وهنا نلجأ إلي العملية الجراحية في المخ لتقليل شدة القلق والتوتر وحتى يستطيع المريض العودة للحياة الاجتماعية. تعتمد هذه العملية علي قطع الألياف الخاصة بالانفعال الشديد تلك الموصلة بين الفص الجبهي بالمخ والثلاموس أو توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال وبالتالي يصبح الفرد غير قابل للانفعالات الشديدة المؤلمة والتي يمكن أن تعيقه عن التوافق والتكيف (الشاذلي، ٢٠٠١: ١١٨).

سابعاً: العلاجي النفسي الديني للقلق النفسي:

لقد أوضح القرآن الكريم للإنسان الطرق الصحيحة لتربية النفس وتقويمها ونشأتها تنشئة سليمة، تودي بها إلي بلوغ الكمال الإنساني والتي تتحقق به سعادة الإنسان في الدنيا والآخرة.

هذا وبالإضافة إلي إرشاد الإنسان إلي ممارسة السلوك السوي بما فيه من صلاح للإنسان وخير المجتمع و لقد بذلت في الآونة الأخيرة جهود مضنية في ميدان العلاج النفسي للمصابين في الاضطرابات الشخصية والأمراض النفسية، غير أنها لم تحقق المرجو منها وهو القضاء علي الأمراض النفسية والوقاية منها.

وعلي هذا الصعيد بدأت كذلك تظهر حديثاً اتجاهات جديدة في ميدان العلاج النفسي، تنادي بأهمية الدين في الصحة النفسية، وفي علاج الأمراض النفسية، وتري أن في الإيمان بالله – تعالي – قوة خارقة تمد الإنسان المحافظ دينياً بطاقة روحية هائلة، تعينه علي تحمل مشاق الحياة وتجنبه القلق والوساوس التي يتعرض لها كثير من الناس الذين يعاركون الحياة المعاصرة.مما سببا للإنسان المعاصر كثيراً من ألوان الضغط والتوتر النفسي، وجعله نهباً للقلق، وعرضه للإصابة بالأمراض النفسية (نجاتي، ١٩٨٩: ٢٤٧).

ويتمثل منهج القرآن الكريم في علاج النفس من أدرانها وأخطائها التي علقت بها من جراء صراعاته في الدنيا والآخرة والتي تجعله مهموماً ومكبلاً بمطالب الدنيا التي تحول دون ممارسته لسلوكه بشكل طبيعي في الحياة. ولما كانت عملية التعلم في أساسها تعديل السلوك وتغيير الأفكار والاتجاهات والعادات، وهذا ما ينطبق في جوهره علي إجراءات العلاج النفسي، إذ يعتبر في أساسه عملية تصحيح لتعلم خاطئ، وتم خلاله تعلم أساليب معينة من السلوك الدفاعي أبعدت المريض من مواجهة مشكلاته، ليخفف بها من حيرته وقلقه، فقد وضع القران الكريم أسلوبا علاجياً نفسياً منذ أربعة عشر قرناً، كان له السبق فيه من نظريات علم النفس الحديثة لعلاج أساس الاضطرابات النفسية، حيث أناط به العمل علي التخفيف من تلك الاضطرابات بدا بالفرد حيث أشارت البحوث النفسية في العلاج النفسي، إذ أقرت أن العلاج النفسي يبدأ من الذات وينتهي بالذات.

ويمكن توضيح منهج القرآن في علاج النفس البشرية في التالي (الخطيب، ٢٠٠٤: ٤٣٩-٤٤٠):

١. **الإيمان بعقيدة التوحيد:**

حيث تعد الأساليب المستخدمة في القران الكريم لترهيب وترغيب النفس البشرية لإثارة الدافع إلي التعلم من خلال تكرار المعاني ذات العلاقة لتأكيدها في الأذهان ذات أثر بالغ في نفوس الناس لتقبل الدين الجديد وكذلك حثه علي الإيمان بعقيدة التوحيد والتي هي بمثابة الخطوة الأولي في إحداث تغيير كبير في شخصية الإنسان.

٢. التقوى:

فالتقوى تصاحب الإيمان وهي تعني وقاية الإنسان نفسه من غضب الله تعالي وعذابه بالابتعاد عن ارتكاب المعاصي والذنوب ويتضمن مفهوم التقوى تحكم الإنسان في دوافعه وانفعالاته وسيطرته علي ميوله وأهوائه وكذلك يجب علي الفرد أن توخي الحق والعدل والأمانة والصدق وتجنب الظلم والعدوان في علاقاته مع نفسه ومع الآخرين.

٣. الاعتراف بالذنب:

ويتضمن الاعتراف بالذنب شكوى النفس من النفس طلباً للخلاص والغفران وفي الاعتراف إفضاء الإنسان عما في نفسه إلي الله، وهو يزيل مشاعر الخطيئة والإثم ويخفف من عذاب النفس اللوامة (الضمير) ويطهر النفس المضطربة ويعيد إليها طمأنينتها.

٤.التوبة:

فالتوبة طريق المغفرة وأمل المخطئ الذي ظلم نفسه وانحرف سلوكه وحطمته الذنوب، وهو في حالة جهالة، أي اندفاع وطغيان وشهوة وصحا ضميره، فالشعور بالذنب يسبب للإنسان الشعور بالنقص والقلق ويهتم العلاج النفسي في مثل هذه الحالات بتغير وجهة نظر المريض عن خبراته السابقة التي سببت له القلق، بحيث يعيد له الرؤيا من جديد ويصبح أكثر تقبلاً لذاته بنزول قلقه عن طريق توبته إلي الله الذي يغفر ذنوبه ويقوي له أمله في رضوانه.

٥. الصبر:

الصبر مفتاح الفرج، وهو تفويض الأمر إلي الله كفضيلة خلقية ونفحة روحية يعتصم بها الإنسان فيهدأ، ويطمئن بالله والصبر يبعد الشيطان ويرضي الرب ويسر الصديق ويسوء العدو، وهو عون نفسي هائل، يقي الإنسان من الانهيار أمام الشدائد والمصائب، ويرتبط الصبر بالإرادة التي تعطي الإنسان قوة المثابرة علي العمل والإنتاج وبذل الجهد لتحقيق الغايات المرجوة.

٦. الذكر والاستغفار:

إن المواظبة علي ذكر الله، والتسبيح والتكبير والاستغفار والدعاء وتلاوة القرآن تؤدي إلي تزكية النفس وصفائها، وشعورها بالأمن والطمأنينة، وذكر الله تعالي غذاء روحي يبعد الهم والقلق والوساوس والسلوك القهري وحينما يداوم علي ذكر الله فانه يشعر فإنه قريب من اله وهو في حمايته ورعايته، مما يبعث في نفسه الثقة والقوة والشعور بالأمن النفسي والطمأنينة وهو بلا شك علاج للقلق أمام ضغوط الحياة.

٧.الاستبصار والتوكل علي الله:

يشير الاستبصار إلي الوصول بالفرد إلي فهم أسباب شقائه النفسي ومشكلاته النفسية، والدوافع التي جعلته يرتكب الذنوب والمعاصي، ويعتبر فهم الإنسان لنفسه وطبيعته الإنسانية ومواجهتها بالحقيقة من خير وشر، وتقبله للمفاهيم الجديدة والمثل الدينية العليا.
فالتوكل علي الله وتفويض الأمر إليه والرضا بمشيئته والإيمان بقضائه وقدره تعتبر زاد روحي مطمئن ومسكن، ويمد الفرد بقوة روحية تخلصه من القلق والخوف من المستقبل.

٨. الدعاء وابتغاء رحمة الله:

إن الدعاء هو سؤال الله القريب والمجيب، وهو الالتجاء إلي الله لكشف الضر وإزالة الشدائد، وفي الدعاء سمو روحي يقوي الإيمان الفردي وهو علاج أكيد للنفس التي أشرفت علي الهلاك، فحين يطلب الإنسان العون من الله القادر يشعر بالطمأنينة والسكينة ويزول عنه الخوف وتخلص مما هو فيه من هم وتوتر وضيق وقلق وفي ذلك قوة روحية تؤدي إلي التفاؤل والأمل.

٩ العبادات:

يعتبر تغيير الأفكار في العلاج النفسي خطوة أولي وضرورية لتغيير شخصية الإنسان، وتعديل سلوكه، غير أن تعلم سلوك جديد يقتضي ممارسة مدة طويلة.
ولاشك أن قيام المؤمن بممارسة العبادات والشعائر الدينية بإخلاص وانتظام إنما يودي إلي إكسابه خصالاً حميدة توفر له مقومات الصحة النفسية السليمة ومن هذه العبادات الصلاة حيث تبعث في نفس المصلي الشعور بالصفاء الروحي والاطمئنان القلبي والأمن النفسي وتساعد حالة الاسترخاء التي تحدثها الصلاة علي التخلص من القلق وكذلك الصيام لكبح جماح النفس من الانسياق وراء الشهوات وفي هذا تطهير لها مما يبعدها عن ارتكاب المعاصي. وكذلك الزكاة لتطهير الأموال وتطهير الأنفس وأخيرا الحج حيث رحلة الحج في حد ذاتها رحلة روحية يعيش فيها الإنسان لحظات من الإيمان والخشوع الذي يضفي عليها طابع الصفاء والنقاء مما يعطيها القوة الروحية ويجدد نشاطها ويبعد عنها القلق.

(ب)- نوبات الهلع (الذعر):

في فترات منفصلة من الخوف الشديد أو عدم الارتياح يتطور خلالها أربعة أو أكثر من الأعراض الآتية تطورا مفاجئا ، وتصل إلى أقصاها (قمتها) خلال عشر دقائق وهي :

١- الخفقان ، زيادة نبضات القلب أو تسارع معدل الضربات .

٢- تصبب العرق .

٣- الارتجاف أو الارتعاش .

٤- الإحساس بصعوبة التنفس.

٥- الشعور بالاختناق .

٦- الأم أو ضيق في الصدر.

٧- غثيان أو الم في البطن

٨- شعور بالدوار (الدوخة) وعدم الاستقرار أو خفة في الرأس أو إغماء .

٩- فقدان الإحساس بالواقع . Derealization (مشاعر بعدم الواقعية) ، فقدان أو تبدد وضياع الشخصية Depersonalization. (بان الفرد منفصل عن ذاته/نفسه).

١٠- الخوف من فقدان التحكم في ذاته أو أن يصبح مجنون .

١١- الخوف من الموت .

١٢- تشوش في الحس (تنميل أو إحساسات بوخز خفيف).

١٣- قشعريرة أو توارد الدم إلى الوجه (قوتة ، ٢٠٠٧ : ٦١).

وفي نموذج بارلو ١٩٨٨ Barlow يرى أن الهلع أو الذعر ما هو إلا التعبير الإكلينيكي عن الخوف ، فهو ليس إنذارا انفعاليا حقيقيا ، ولا يستثار بواسطة خطر حقيقي ، ولكنه إنذار مزيف لان الخطر متخيل فقط . ولنفرض مثلا أنك عرضة لهجوم من قبل قاطع طريق أو حيوان مفترس في هذه الحالة أنت تواجه خطرا حقيقيا فعلا ، وبسب هذا الخطر ستشعر بالخوف وتكون أمام خيارين إما الكر (الهجوم والدفاع عن الذات) أو الفر (الهرب) حسب إدراكك لقوتك وقوة الخصم المواجه ، ويعد ذلك خوفا طبيعيا ، ولكن إذا فرضنا أنك كنت في عجلة من أمرك للحاق بموعد سابق ، فانه من الخطأ اعتبار هذه الإحساسات الطبيعية على أنها علامات لازمات قلبية وشيكة الوقوع ، فهذه اقرب ما تكون إلى الهلع ما لم تكن تعاني من اضطراب في القلب أو مشكلات صحية أخرى ، فأنت لا تقابل خطرا حقيقيا .

ويصف أحد مرضى نوبات الهلع مشاعره بما يلي "تخيل أنك تمشي على حبل مشدود بين ناطحتين للسحاب مثل مباني مركز التجارة العالمية في نيويورك وعندما كنت في منتصف الطريق هبت عاصفة شديدة ،وشعرت بقدمك تنزلق ، ونظرت أسفل منك ، ورأيت ما أنت علية من ارتفاع شاهق ، وحاولت السيطرة على مشاعرك الجسمية والعقلية في هذا الموقف ، نوبات الهلع المفاجئة أسوء من ذلك لأنك عندما تكون سائر على الحبل المشدود ستكون على علم بسب قلقك ويمكنك معرفة الأشياء التي يجب أن تفعلها لتواجه الموقف ، فالخطر واضح كما انك ، تتوقع أيضا الشعور بالخوف والقلق ، ولا توجد مفاجئة عظمى . ولكن في حالة نوبة الهلع يمكنها أن تهاجمك في أي وقت وأي مكان ، والأسوأ من ذلك أنك لا تستطيع أن تعرف متى ستتوقف ، وطالما أن الأمر كذلك وحيث أنها تهاجمك في أي وقت وفي أي مكان فلن تشعر بالأمان الحقيقي أبدا ، ولو اخترعت وصفا لجهنم لن يكون بمثل هذه البشاعة (Wilson, G.T.et al 1996) . مثل هؤلاء الأفراد عادة ما يقررون أن نوبات الهلع تحدث بشكل مفاجئ

وغير متوقع ، كما أن الأخصائيين الإكلينيكين المهرة عادة ما يكتشفون أحداثا مثيرة معينة ، ويختلف الهلع عن القلق في أمرين :

١- الأفكار النوعية المرتبطة بالقلق : فالمرضى الذين يتعرضون للهلع يقررون وجود المزيد من الأفكار المرتبطة بالمرض ، والموت ، والانهيار ، مقارنة بمرضى القلق .

٢- الاستجابات الفسيولوجية المصاحبة لكلاهما : فمرضى الهلع عادة ما يظهرون اثارا فسيولوجية اكبر من مرضى القلق وخاصة الزيادة البالغة الشدة في معدل ضربات القلب (قوته ، ٢٠٠٧ : ٦٢).

(ج)- اضطراب الهلع :

أعراضه :

يميز الإصدار الرابع من الدليل التشخيصي والإحصائي للأمراض العقلية (١٩٩٤) بين اضطراب الهلع المصحوب وغير المصحوب بالخوف من الأماكن العامة (الاجورافوبيا) Agoraphobia. ويتضح من المحاكات التشخيصية لنوبة الهلع غير المصحوب بالأجورا فوبيا كثرة الشكوى من أعراض في القلب والتنفس مما يضطر هؤلاء المرضى إلى استشارة الأطباء واللجوء إلى طلب الدخول لغرف العناية المركزة لاعتقادهم أنهم يعانون من أزمات قلبية .

المحكات التشخيصية لاضطراب الهلع غير المصحوب بالأجورا فوبيا :

(DSM, IV. P;402) .

أ – كل من ١، ٢.

١- تكرار نوبات هلع غير متوقعة (راجع أعراضها المذكورة سابقا)(أي أعراض نوبات الذعر).

٢- مدة شهر أو أكثر بعد إحدى النوبات على الأقل تحدث واحدة أو أكثر مما يلي :

أ- وجود انشغال مستمر متعلق بحدوث نوبات أخرى .

ب- الانزعاج من مضمون النوبة أو نتائجها.(مثلا فقد التحكم في الذات ، أو حدوث نوبة قلبية أو الخوف من الجنون أو الموت .)

ج- تغيرات لها دلالة في السلوك المرتبط في النوبات .

ب_ غياب الخوف المرضي من الأماكن العامة (الأجورا فوبيا)

ج- لا ترجع نوبات الهلع إلي التأثيرات الفسيولوجية المباشرة لمادة أو عقار (مثلا : تعاطي عقار مخدر، أو علاج طبي دوائي) أو حالة طبية عامة مثل فرط نشاط الغدة الدرقية .

د- لا تفسر نوبات الهلع بشكل أفضل من خلال اختلال عقلي أخر مثل الخوف الاجتماعي (مثلما يحدث عند التعرض لمواقف اجتماعية مخيفة)أو مخاوف مرضية محددة (مثلا عند التعرض لموقف خوف مرضي محدد)، أو اختلال الوسواس القهري (مثلا عند التعرض للقذارة

بالنسبة لشخص يعاني الوسواس من التلوث) ، أو اختلال ضغوط ما بعد الصدمة (مثلا : في الاستجابة لمثير مرتبط بضغوط شديدة)، أو اختلال قلق الانفصال (مثلا : في الاستجابة للتواجد بعيدا عن المنزل أو ذوي القارية القوية) (قوته ، ٢٠٠٧ : ٦٣).

النماذج المفسرة لاضطراب الهلع :

النظريتان اللذان لهما تأثير واضح في تفسير اضطراب الهلع هما النموذج الحيوي والنموذج السلوكي المعرفي.

١- النموذج الحيوي : طبقا لرأي أصحاب النموذج الحيوي فأن الهلع هو رد فعل منبه غير متعلم ينشط بواسطة اختلالات وظيفية بيوكيميائية ، في حين أن الصور الأخرى ، للقلق تكون متعلمة ، كما أن التوترات النفسية التي يحتمل أن ترتبط بالهلع يمكن أن يكون لها تأثير غير محدد ربما تجعل النوبة أسوا حالا ولكنها لا تسبب المشكلة .

ومن الأدلة المؤيدة للنموذج البيولوجي :

أولا : الأساس الوراثي لاضطراب الهلع ، فحوالي ٥٠ % من المرضى باضطراب الهلع لهم أقارب يعانون من الاضطراب وهي نسبه أعلى بكثير من المعدل العام للمرضى .

كما وجد نويز ورفاقه Noyes & Colleagues ,1987 أن المعدل المرتفع لاضطراب الهلع بين أقارب المريض لا يبدو في أسر المرضى بالأنواع الأخرى من اضطرابات القلق مثل اضطراب القلق المعمم، كما أن الاضطراب أكثر توارثا بين التوائم المتماثلة عن التوائم الأخوية . (قوتة ، ٢٠٠٧ :٦٤)

ثانيا : توجد اختلافات فسيولوجية بين العادين ومرضى اضطراب الهلع ، فالعديد من التفاعلات الدوائية والفسيولوجية مثل المعدل المرتفع لإستنشاق ثاني أكسيد الكربون يهيج الهلع لدى المرضى ولا يؤدي لذلك عند الأشخاص العادين ، وعلى سبيل المثال فبعد ممارسة التمرينات الرياضية فأن معدل حامض اللاكتيك يرتفع في الدم لدى مرضى الهلع عنه لدى الأشخاص العادين ، ويمكن اختبار هذه النتيجة عن طريق حقن محلول لاكتات الصوديوم حيث وجد ليبوتيز وآخرون Liebowitz et al 1984 حدوث أعراض مماثلة لأعراض الهلع تماما لدى المرضى في حين لا يحدث ذلك لدى العينة الضابطة من العادين .(قوتة ، ٢٠٠٧ : ٦٤ – ٦٥).

ثالثا : وجود ميكانزمات محدده لنشاط المخ تم التعرف عليها في مرضى الهلع حيث وجد باستخدام المسح بانبعاث البوزترون (بأشعة جاما) وجود فروق بين شاط المخ لدى المرضى الذين تم حقنهم بلاكتيتات الصوديوم والذين لم يتم حقنهم به ، وفي حالة عدم وجود نوبة الهلع وقبل الحقن بالكتيتات فان المرضى الذين مروا بنوبات الهلع بتوهم أظهروا معدل مضطرب

لإحتراق الاوكسيجين ، ويحدث ذلك في منظفة محددة في المخ تعرف باسم التلافيفيه المناظرة لقرن امون parahippocampal gyrus .

نقطة الضعف الوحيدة في هذا النموذج هو التنبؤ بأن اضطراب الهلع يعالج فقط باستخدام العقاقير التي تغير الإختلالات الوظيفية البيوكيميائية ، وهذه النظرة رجعية لان النموذج الحيوي يفترض دائما عجز الطرق النفسية للعلاج على اختزال وخفض القلق .

النموذج السلوكي المعرفي:

يرجع النموذج السلوكي المعرفي اضطراب الهلع إلى سوء التفسير المفجع من قبل الفرد لإحساساته الجسمية العادية والتي قد تكون من قبيل زيادة ضربات القلب ، سرعة التنفس ، أو التغيرات الجسمية كاستجابة للمثيرات الداخلية أو الخارجية كالغضب مثلا ، فقد تفسر هذه الإحساسات بأكثر مما تتحمله من خطر ، حيث يفسر مريض الهلع ضربات القلب على أنها مؤشر لحدوث أزمة قلبية بنفس الطريقة التي قد تفسر بها المثيرات المختلفة كمهددات تسبب القلق بما يشمله من إحساسات بدنية ، ويؤدي هذا القلق إلى زيادة حدة الإحساس بالأعراض السلبية وتأخذ الحلقة المفرغة في الدوران .

النموذج المعرفي للتتابع الأحداث في نوبة الهلع (عن كلارك : D.M. Clark 1986).

أما بارلو في نموذجه عن القلق فيرى أن التفكير المفجع جزء من القابلية للإصابة السيكولوجية وتتضمن عدم القدرة على التنبؤ الجيد وعدم القدرة على ضبط الأحداث ، ويشرح هذا النموذج سبب وجود استجابات خوف منعزلة ، ونوبات هلع لدى بعض الناس لا ترقى لديهم إلى مستوى اضطراب الهلع ويتطور هذا الاضطراب فقط عندما يصبح الناس قلقين من احتمالية عودة نوبة الهلع مرة أخرى وهو ما يقودهم إلى تفسير الإحساسات الجسمية الأخرى بشكل مفجع على أنها مصيبة مرضية .ومن ثم فان هناك ثلاث محكات يمكن من خلالها اختيار التنبؤ في ضوء النموذج السلوكي المعرفي (قوته، ٢٠٠٧ : ٦٦).

أ– أن يفسر مرضى الهلع بشكل خاطئ الإحساسات الجسمية وبصورة مفجعة وبشكل متكرر عما يفعله مرضى الأنواع الأخرى من القلق والمجموعات الضابطة .

ب – أن تؤدي الإثارة المعرفية بشكل مفجع لدى مرضى الهلع إلى حدوث اضطراب الهلع فعلا.

ج– أن يحقق العلاج عن طريق تصحيح أو تغيير التفسيرات المفجعة للإحساسات الجسمية إلى اختزال أو خفض معدل نوبات الهلع .

وقد تحققت الدارسات فعليا من صحة التوقع الأول و الثاني حيث ثبت بالفعل أن مرضى الهلع يسيؤن تفسير إحساساتهم الجسمية العادية عما يفعله الأشخاص العادين في حين لم تؤكد دراسة كلارك على صحة التوقع الثالث ، ولتحقق من صحة التوقع الثالث قام كلارك واهلر بتقسيم عينة من مرضى الهلع إلى مجموعة ضابطة وأخرى تجريبية وتم حقن المجموعتين بلاكتيات

الصوديوم والذي من المفترض أن يسبب الهلع ، حيث أعطت المجموعة التجريبية تفصيلات كاملة عن الإحساسات الجسمية المحتملة كنتيجة لهذه المادة والمقصود من تقديم هذه التفصيلات هو الحد من الميول الطبيعية في تضخيم وسوء التفسير لما يترتب على تعاطي هذه المادة من إحساسات جسمية ، في حين لم تتلقى المجموعة الضابطة هذه التفسيرات .
وطبقا للنموذج البيولوجي فأنه يجب أن يوجد فرق بين المجموعتين لأنه من المفترض أن لاكتيتات الصوديوم تؤدي إلى الهلع مباشرة ، ولكن طبقا للنموذج السلوكي المعرفي يجب أن تصبح المجموعة الضابطة أكثر هلعا من المجموعة التجريبية لأنها هي التي ستسيء تفسير الإحساسات الجسمية الناتجة عن لاكتيتات الصوديوم ، وقد اتفقت النتائج مع توقعات النموذج المعرفي فالأشخاص الذين لم يتلقوا أية تعليمات تفصيلية (المجموعة الضابطة) كانوا أكثر هلعا ممن خبروا بهذه التفصيلات (المجموعة التجريبية) (قوته ، ٢٠٠٧ :٦٧).
وهكذا فإن النموذج السلوكي المعرفي قادر على تزويدنا بالأدلة التي تجعل الأفراد ذوي الاختلالات البيولوجية عرضة لنوبات الهلع ، ولكنه يختلف عن النموذج الحيوي بأنه يقترح أن هذه الاختلالات لأتعد سببا مباشر للهلع ولكنها غالبا ما تفسر بشكل خاطئ على أنها كارثة ، ومن ثم فأن التفسير المفجع يبدو أنه ضروريا لحدوث النوبة ، كما يختلف النموذج المعرفي عن التفسيرات السيكولوجية للاضطراب الهلع ، فيما يعرف بفرض الخوف من الخوف ، وطبقا لهذا الفرض فأن مرضى الهلع سيصيبهم الرعب عندما يكونوا قلقين ، ولكن هذا لا يحدث دائما ويشرح النموذج المعرفي لماذا لا يصاب الشخص بنوبة الهلع إذا استطاع معرفة العوامل المسببة لقلقه مثل إجراء مقابلة عمل مثلا ، وأن الهلع يحدث فقط كنتيجة للإحساسات الجسمية التي يعتقد أنها علامة لكارثة وشيكة الحدوث (قوته ، ٢٠٠٧ :٦٨).

علاج اضطراب الهلع :

١- العلاج الطبي (الدوائي)

غالبا ما تكون مضادات الاكتئاب فعالة أيضا مع اضطرابات القلق فالايمبرامين يعد أكثر هذه العقاقير فعالية ، كما توجد عقاقير أخرى فعالة في علاج اضطراب الهلع أهما الزانكس أو البرازولام الذي يتميز بفعالية عالية وتأثيره السريع وقلة أعراضه الجانبية ، ولكن من غير الواضح ما إذا كان أكثر فعالية من العلاجات الوهمية ، كما أن الزانكس ذات تأثير تخديري مرتفع حيث يصبح أغلب المرضى معتمدين عليه جسميا إذا تعاطوه لفترة طويلة من الوقت ، وعندما يتم منعهم تظهر أعراض الانسحاب ويعود قلقهم مرة أخرى.

ولا يبدو العلاج الدوائي أفضل من العلاج النفسي ، كما أنه من المحددات الأخرى لاستخدام العلاج الدوائي مع مرضى الهلع أن العديد من المرضى غير مقتنعين بتعاطي الأدوية لما يعتبرونه مشكلة نفسية بالدرجة الأولى .

٢_ العلاج السلوكي المعرفي :

هناك نوعان من العلاج يركزان على تصحيح الأفكار المفجعة قد ثبت أن لهما فعالية كبيرة هما :

أ- **العلاج المعرفي لكلارك** : حيث يقوم بدراسة أو استقصاء الأنشطة المولدة للأفكار المفجعة ويعلم المريض إعادة تفسيرها على أنها لا تقدح زناد أو تفجر الهلع ، فالمريض الذي يفسر اضطراب التنفس على أنها علامة نوبات قلبية يطلب منه أن يسرع تنفسه (نهجان) ليجعل بوجود الإحساسات الجسمية التي يخاف منها ، ويقوم المعالج بمساعدة المريض على تفسير هذه الإحساسات الجسمية على أنها سرعة تنفس وليست مشاكل قلبية .

ب- الطريقة الثانية تعتمد على فنيات العلاج السلوكي/ المعرفي :

حيث تركز هذه الطريقة على تعديل التفكير الخاطئ والمبالغ فيه كما في طريقة كلارك ولكن باستخدام فنيات مواجهة أخرى مثل التدريب على الاسترخاء ، والتخلص المنظم من الحساسية للأسباب الداخلية المولدة للهلع . وفي إحدى دراسات كلارك وبارلو ١٩٩٣ شفي ٨٧% من الحالات مع نهاية العلاج وبقوا كذلك لعامين من المتابعة ، كما يتفوق العلاج السلوكي المعرفي عن كل من الزانكس والأدوية الوهمية في تأثيرها على العلاج .

٣_ المزاوجة بين العلاج النفسي والدوائي :

اعتمدت معظم طرق العلاج التي تم دراستها على المزاوجة بين العلاج الدوائي كالايمبرامين والعلاج السلوكي المعرفي وأظهرت الدراسات أن هذه المزاوجة أفضل من استخدام نوع واحد فقط كل على حدى (قوته ، ٢٠٠٧ :٦٩) .

(د)- رهاب الخلاء (الساحة أو الأماكن المتعسة) Agoraphbia

يتميز هذا الاضطراب بمخاوف من مغادرة المنزل أو الدخول إلى المحال أو الزحام أو الأماكن العامة ، أو السفر وحيدا في القطارات أو الأتوبيسات أو الطائرات ويكون اضطراب الهلع سمة متكررة الحدوث في النوبات الحالية والماضية ، كذلك فهو أشد اضطرابات الرهاب إعاقة حيث أن بعض الأشخاص يظلون حبيسي المنزل تماما ، وكثير من المرضى يرتعدون من فكرة الانهيار في مكان عام وتركهم دون مساعدة ، وغياب منفذ للخروج هو أحد السمات الجوهرية في كثير من المواقف التي تثير رهاب الخلاء ، وأغلب مرضى رهاب الخلاء من النساء وهو يبدأ عادة في مقتبل العمر ، كما قد تكون هناك أيضا أعراض اكتئابية ووسواسيه

وأعراض رهاب اجتماعي كسمات إضافية وغالبا مايبرز تجنب الموقف الرهابي بل إن بعض مرضى رهاب الخلاء يشعرون بقليل من القلق حيث أنهم يتجنبون المواقف مصدر الرهاب .

مؤشرات تشخصيه :

يجب توافر كل الشروط التالية للوصول إلى تشخيص أكيد:

١- يجب أن تكون الأعراض ، سواء نفسيا أو تلك الخاصة بالجهاز العصبي اللاإرادي أساسا أعراضا للقلق وليس ثانوية لأي أعراض أخرى مثل ضلالات أو أفكار وسواسيه .

٢- يجب أن يقتصر القلق أو يهيمن في أثنين على الأقل من المواقف التالية زحام أو أماكن عامة ، السفر بعيدا عن المنزل أو السفر وحيدا ، مساحات محاطة ، البقاء وحيدا .

٣- يعتبر تجنب مواقف مصدر الرهاب سمة بارزة ويمكن تسجيل وجود أو غياب اضطراب الهلع في أغلب مواقف رهاب الخلاء .

التشخيص الفارق :

يجب أن نتذكر أن بعضا من مرضى رهاب الخلاء يشعرون بقليل من القلق لأنهم قادرون على تجنب المواقف مصدر الرهاب ، أما في حالة وجود أعراض أخرى كالاكتئاب ونوبات الهلع ، واختلال الانية ، والأعراض الو سواسية والرهاب الاجتماعي فذلك لا يلغى التشخيص شرط أن لا تهيمن تلك الأعراض على الصورة السريرة .ومع ذلك فإذا كان الشخص مكتئبا فعلا بشكل ملحوظ حين بدأت أعراض الرهاب في الظهور ، عندئذ يصبح تشخيص نوبة اكتئابية هو التشخيص الأساسي الأكثر ملائمة ، و يشيع ذلك في الحالات التي تبدأ متأخرة .

(عكاشة ، ١٩٩٨ :١٣٠- ١٣١) .

(هـ)- الرهاب الاجتماعي Sosial Phobia

يعرف الرهاب بوجه عام على أنه خوف غير منطقي ينتج عنه تجنب شعوري لموضوعات معينة (أو مواقف أو نشاطات) مخيفة ، والخوف والسلوك غير متوافق مع أن المريض الذي يعي أن هذا الخوف غير حقيقي وغير منطقي .

أما الرهاب الاجتماعي فهو الخوف من الخزي أو الارتباك في موقف عام ، وينشأ عن ذلك خوف ثابت من المواقف التي يتعرض فيها الشخص لإمكانية النقض من الآخرين وقد يكون الرهاب الاجتماعي محدود مثل عدم القدرة على التحدث في تجمع عام ، أو الاختناق عند الأكل أمام الآخرين ، أو عدم قدرته على التبول في مرحاض عام أو ترتجف يده عندما يكتب أمام الآخرين ، وقد يشمل أغلب المواقف الاجتماعية مثل الخوف العام من قول شيء غبي أو من كونه غير قادر على إجابة أسئلة في مواقف جماعية ،ويشترط في الرهاب الاجتماعي أن لا

يكون سببه اضطراب أخر على المحور الأول (Axias I) مثل الخوف من حدوث نوبة هلع في اضطراب الهلع أمام الآخرين ، الخوف من التهتهة في اضطراب التهتهة أما الآخرين أيضا ، وأن لايكون سببه اضطراب أخر على المحور الثالث (Axias III) مثل الخوف من ظهور الرعشة في حالة مرض الباركنسن .

القلق المتوقع في حالة الرهاب الاجتماعي يحدث إذا فوجئ الشخص بضرورة الدخول إلى مكان مرهب له ، ويتجنب هذا الموقف عادة ، وأحيانا يضطر نفسه إلى اقتحام الأماكن (أو المواقف) الباعثة إلى الرهاب الاجتماعي ولكنه يخبر (يشعر) بقلق حاد ،وعادة يخاف الشخص أن يلحظ الآخرون علامات القلق عليه ، وحيث أن الخوف من المواقف الاجتماعيةبسبب تجنبها وهذا يسبب زيادة الخوف منها وهذا أيضا يزيد من التجنب ، فإن الشخص يتولد لديه دائه مفرغة من الخوف والتجنب ، والى حدا ما يعي الشخص أن خوفه غير مبرر وشديد

(حمودة ، ١٩٩٠ : ٣٢٤).

ويشخص هذا الاضطراب إذا تداخل السلوك التجنبي مع الأداء الوظيفي أو مع الأنشطة الاجتماعية المعتادة أو العلاقات مع الآخرين ، أو وجود كرب ملحوظ حول حدوث الخوف ، وكثيرا ما يصاحب الرهاب الاجتماعي باضطراب الهلع والرهاب البسيط .

التشخيص الفارق :

١- تجنب مواقف اجتماعية معينة تسبب طبيعيا الشعور بالكرب ويشيع هذا الشعور عند الكثير من الناس ، مع خوف طبيعي من الحديث العام ولا تنطبق علية مواصفات الرهاب الاجتماعي .

٢- في اضطراب الشخصية التجنبية قد يوجد قلق ملحوظ وتجنب لأغلب المواقف الاجتماعية، وهنا يأخذ في الاعتبار ، الشخصية التجنبية مع الرهاب الاجتماعي .

٣- في الرهاب البسيط : يوجد مثير مرهب وليس الموقف الاجتماعي .

٤- في اضطراب الهلع المصاحب بخوف الأماكن المتسعة فإن الشخص قد يتجنب مواقف اجتماعية معينة مثل المطاعم لخوفه من حدوث نوبة هلع (حمودة ، ١٩٩٠ : ٣٢٥).

أسباب الرهاب الاجتماعي :

١- العوامل البيولوجية:

ليس لها دور في تسبيب الرهاب الاجتماعي إلا ما لوحظ في انتشاره بين الأقارب مما يشير من قريب أو بعيد إلى احتمال وجود عوامل جينية في تسبيب الرهاب .

٢- العوامل النفسية والاجتماعية:

لقد أوضح فرويد في نظريته التحليل النفسي أن الرهاب يرجع إلى استخدام دفاعات الأنا من النقل والتجنب ضد المحفزات الأودبية المحرمة وخوف الخصاء ، أي أن الخوف انتقل من المحفزات إلى مواقف معينة أو موضوع معين ويتبعه تجنب هذه المواقف (أو الموضوع).

أما النظرية السلوكية فتفسر الرهاب بأنه : قلقا في الماضي ينشأ من مثير مخيف فعلا وصاحب هذا الموقف مثير أخر (موقف أو موضوع) غير مخيف ، وتكررت هذه المصاحبة عدة مرات متتابعة ،فتم التزاوج بين المثيرين وأصبح ما يثيره واحد يثيره الأخر، ثم أصبح
المثير غير المخيف وحده مرتبطا بالقلق وباعثا له بعد ذلك (حمودة ،١٩٩٠ : ٣٢٦)

(و)_ الرهاب المحدد Specific phobias :

هو اضطراب القلق المتميز بالخوف وتجنب لمواقف أو أشياء محددة (نوعية)، وكان يسمى في السابق المخاوف المرضية البسيطة في الإصدار الثالث من DSM ، والفوبيا خوف مبالغ فيه من أشياء محددة أو مواقف بعينها.

المحكات التشخيصية للمخاوف المرضية النوعية: (DSM.IV,1994p:410)

أ- خوف متواصل وملحوظ مبالغ فيه وغير معتدل يحدث بسبب وجود أو توقع موضوع أو موقف محدد (مثل الطيران إلى المرتفعات أو الحيوانات أو الحقن أو رؤية الدم).

ب- التعرض للمثير المسبب للخوف (الفوبيا)مما يولد عادة وبشكل متباين استجابة قلق مباشرة ، والذي قد يأخذ شكل نوبة هلع مرتبطة بموقف أو يهيئها موقف لنوبة الهلع .

لاحظ انه : في الأطفال ربما تكون هذه السمة غائبة (قوته ، ٢٠٠٧ : ٧٣).

ج- يعرف الشخص أن الخوف مبالغ فيه أو غير معقول .لاحظ انه : في الأطفال ربما تكون هذه السمة غائبة .

د- الموقف أو المواقف المخيفة يتم تجنبها أو تحملها بشكل ما مع القلق المبالغ أو الأسى النفسي .

هـ- تجنب التوقعات المقلقة أو الأسى النفسي في الموقف (المواقف) المخيفة تعطل بوضوح المهام الروتينية العادية للشخص ، و المهام الوظيفية (أو الأكاديمية) أو الأنشطة الاجتماعية وعلاقاته الاجتماعية أو وجود أسى نفسي واضح حول ما يتبناه من مخاوف مرضية .

و- في الأشخاص دون الثامنة عشر يكون استمرار أو مدة بقاء الاضطراب ستة شهور على الأقل .

ز – القلق أو نوبات الهلع أو خوف التجنب المرضي المرتبط بموضوعات محددة أو مواقف لا تفسر بشكل أفضل باختلال عقلي أخر من اختلال الوساوس القهرية (مثل الخوف من القذارة لدى شخص ما لديه وساوس خوف من التلوث) اختلال انضغاط ما بعد الصدمة (مثل تجنب المثيرات المرتبطة بضغوط شديدة)، واختلال قلق الانفصال (مثل تجنب المدرسة) والخوف الاجتماعي (مثل تجنب المواقف الاجتماعية بسبب الخوف من الارتباك)، واختلال الهلع مع فوبيا الأماكن العامة أو الخوف من الأماكن العامة بدون تاريخ من اختلال الهلع (قوته ، ٢٠٠٧ : ٧٤).

(ي) _ الوسواس القهري :

ما هو الوسواس القهري:

إن الأفكار الوسواسيه والأفعال القهرية موجودة معنا جميعاً بدرجات متفاوتة في حياتنا اليومية: فمن منا لم يعود للتأكد من إغلاق الباب أو إطفاء النور، وعلى الأغلب أننا عند استلام أو تسليم مبلغ كبير من المال سنكرر ونتأكد من العد، وقد نطلب من أحد أن يساعدنا في التأكد من أن العدد أو القيمة صحيحة، قد نتردد في استعمال ملعقة وقعت على الأرض خوفاً من تلوثها مع أن هذا احتمال ضئيل، ومن منا لا يسرح بتفكيره أحياناً في الكون والخلق والخالق، ونعلم أننا لا نملك الإجابات فنعود أدراجنا، وهذه الأفكار أو الأفعال هي جزء من الجهد الذي يبذله العقل في السيطرة على الطريقة التي تسير فيها حياتنا. ولا تتحول هذه الأفكار إلى مرض وتسمى باضطراب الوسواس القهري إلا عندما تصبح قوية وشديدة ومتكررة وعديدة بحيث تؤثر على حياة الفرد وصحته النفسية وتوازنها.

وقد سمي الوسواس القهري باسم الوسواس القهري العصابي لعدة عقود، والآن يسمى اضطراب الوسواس القهري ويعتبر أحد أنواع القلق النفسي. إذ أن القلق هو محور هذا الاضطراب، فالأفعال والأفكار هي التي تزيد أو تخفف من درجة القلق، ومع أن هؤلاء المرضى قد تكون أفكارهم وأفعالهم غريبة ولكنهم لا يفقدوا اتصالهم بالواقع ويعرفوا أن هذه الأفكار غير منطقية وخطأ.

ويعَّرف الوسواس بأنه أفكار وخواطر ودوافع أو صور ملِّحة لم يخترعها المريض ولا تلقاها من الخارج بل هي موجودة في تفكيره وتجعله منزعج منها ويحاول رفضها أو مقاومتها وإهمالها ولكنها تعاوده من جديد.

وأما الأفعال القهرية فهي سلوكيات تبدو هادفة ولكنها متكررة حسب قواعد أو نمط معين، وهذا الفعل هو ليس بالضرورة نهاية المطاف، ولكنه قد يتوقع منه أن يؤدي أو يمنع أحداث ومواقف في المستقبل، وهذا النشاط غير مرتبط منطقياً بما يهدف إليه من منع أمر معين أو الوصول

لشيء محدد، وقد يكون فيه زيادة كمية مثل غسل اليدين الذي يطول ويتكرر بما يتعدى الهدف وهو النظافة، والقيام بالأفعال القهرية يترافق مع الرغبة في مقاومة هذه الأفعال على الأقل بداية، ويدرك المريض أن هذا سلوك سخيف ولا داعي له، ولا يحصل على متعه من عمله، بل إن قيامه بالعمل يخفف من القلق والخوف والتوتر مؤقتاً وغالباً ما يفهم الناس تكرار بعض الأفعال أو وجود بعض الأفكار ولكن من لم يعاني من هذا الاضطراب أو شاهده عن قرب أو كان خبيراً به، قد يجد صعوبة في فهم معاناة المرضى المصابين بهذا الاضطراب وبين السمات الوسواسيه البسيطة في الشخصية واضطراب الوسواس القهري هناك مساحة كبيرة تقع فيها الشخصية الوسواسه واضطراب الشخصية الوسواسه القهرية (سرحان ، ٢٠٠٨ : ٣).

الوسواس القهري من منظور إسلامي :

يتعذب مريض الوسواس كثيراُ بسبب أعراض مرضه المزعجة والتي يعرف سخفها ومع ذلك يجد نفسه مضطراً لتكرارها والرضوخ لها، وعندما تتعلق بالدين والكفر والجنس والحرام فإن العذاب يكون أكبر، خصوصاً عند المسلم المتدين، فمثلاً عندما تأتي الوساوس على صورة شكوك في العقيدة أو الرسالة أو الرسول، أو تأتيه على شكل اندفاع نحو سب الذات الإلهية أو إنكار وجودها أو تخيلها في صور لا تليق بها، وعادة ما تأتي هذه الأفكار والوساوس للمتدينين وفي أوقات هامة كالصلاة أو الصيام أو أداء مناسك الحج والعمرة، فتفسد على المريض إحساسه بالعبادات وخشوعه فيها وتجعله يشعر بالقلق الشديد والذنب وأنه لم يؤدي عبادته على الوجه الأكمل وبشكل سليم فيعاود أداها مرات ومرات لعله يحسنها، ولكن دون جدوى فيدخل في دائرة مفرغه من القلق والتكرار وتأنيب الضمير والخوف الشديد.

والسؤال المهم الذي يسأله المريض لنفسه ولشيخه ولطبيبه: هل أنا مسئول عن كل هذا وهل مازلت مؤمناً؟ بعد كل هذا الذي حدث؟.. وإذا كنت مسئولا فكيف أتغلب على ما يحدث وقد حاولت مراراً وفشلت؟ والمريض بالوسواس غالباً ما يميل إلى إلقاء اللوم على نفسه لأنه يملك ضميراً شديد القسوة والصحوة يحمله تبعات كل شيء، وبالتالي يصل إلى نتيجة أنه أصبح خارج دائرة الأيمان، أو خارج دائرة الحلال، أو خارج دائرة الرحمة لأنه لا يستحقها، وكل هذه المشاعر تزيد من حدة أعراض الوسواس القهري، وكثيراً ما تؤدي إلى وصول المريض لحالة من الاكتئاب تضاف لحالة الوسواس القهري. ومما يزيد الأمر تعقيداً أن مريض الوسواس قد يلجأ لسؤال علماء الدين دون مصارحتهم بوساوسه، ويكتفي بسؤالهم عن الأحكام الشرعية العامة ويجيبوه بما يفيد بضرورة التكرار ومسؤوليته عما يحدث ويطالبونه بتصحيح عقيدته ودوام التوبة والاستغفار مما يفكر فيه أو يهم به أو يفعله، فيتوجه المريض نحو نفسه بجرعات أكبر من اللوم، وقد يقول قائل لمريض الوسواس إن هذا ضعف إيمان، أو أن هذا ضعف إرادة وغيرها من الأقوال الغير مسئولة التي تدفع بالمريض نحو المزيد من العذاب والتخبط ،ولهذا فقد بحثت الجمعية العالمية

للطب النفسي الإسلامي موضوع اضطراب الوسواس القهري مع كبار علماء الدين والمفتين، وحصلت على فتاوى وإجابات واضحة قاطعة وعلى سبيل المثال فإن من الشائع أن يكرر المريض بالوسواس في الطهارة والوضوء والصلاة، والإجابة على ذلك أن لا تكرار في الطهارة أو الوضوء أو الصلاة مهما بلغ التشكك ولا سجود للسهو. كما أن هناك اقتراحات بأن يصلي هؤلاء المرضى جماعة، وإذا تعذر أن يقوموا بتسجيل خطوات الوضوء والصلاة على شريط ويتابعوا الشريط المسجل حتى لا يكرروا و غيرها من الأساليب التي تتمشى مع الأساليب العلاجية السلوكية للوسواس، وهناك العديد من النصوص الدينية الصحيحة التي تعاملت مع الظاهرة ألوسواسيه لابد أن تكون متاحة لمريض الوسواس.

سئل الشيخ عبد العزيز بن باز السؤال التالي: يخطر ببال الإنسان وسواس وخواطر وخصوصاً في مجال التوحيد والإيمان، فهل المسلم يؤاخذ بهذا الأمر؟.. فأجاب فضيلته: ثبت عن رسول الله صلى الله عليه وسلم في الصحيحين أنه قال "" إن الله تجاوز عن أمتي ما حدثت به أنفسها ما لم تعمل أو تتكلم"" (متفق عليه)، وثبت أن الصحابة رضي الله عنهم سألوه صلى الله عليه وسلم عما يخطر لهم من هذه الوساوس والمشار إليها في السؤال فأجابهم صلى الله عليه وسلم بقوله: (ذلك صريح الإيمان) (رواه مسلم) وقال عليه الصلاة والسلام: (لا يزال الناس يتساءلون حتى يقال هذا خلق الله الخالق فمن خلق الله؟. فمن وجد من ذلك شيء فليقل آمنت بالله ورسله) (متفق عليه)، وفي رواية أخرى (فل يستعيذ بالله ولينته)

(رواه مسلم). يقول النووي وظاهر الحديث أنه صلى الله عليه وسلم أمرهم أن يدفعوا الخواطر بالأعراض عنها من غير استدلال ولا نظر في إبطالها، فكأنه لما كان أمراً طارئاً بغير أصل دفع بغير نظر في دليل إذ لا أصل له ينظر فيه، وأما قوله: فليستعذ بالله ولينته، فمعناه: إذا عرض له هذا الوسواس فليلجأ إلى الله تعالى في دفع شره عنه وليعرض عن الفكر في ذلك. وليبادر إلى قطعه بالاشتغال بغيره.

وروى عن مسلم عن عبد الله قال: سئل رسول الله عن الوسوسة قال: "" تلك صريح الإيمان" (أي كراهية الأفكار الوسواسيه والشعور بالألم بسببها دليل على الإيمان بالله تعالى، فالملحد لا يتألم لإنكار الله أو سبه بل يستمتع بذلك ويتباهى به).

وروى الإمام أحمد بسنده إلى ابن عباس رضي الله عنهما قال: (جاء رجل إلى النبي صلى الله عليه وسلم فقال: يا رسول الله إني لأحدث نفسي بالشيء لان أخر من السماء أحب إلي من أن أتكلم به. قال: الله أكبر الله أكبر الحمد لله الذي رد كيده إلى الوسوسة). ورواه أيضاً أبو داوود والنسائي والحديث صحيح.

وفي صحيح مسلم يشرح النووي باب: (بيان الوسوسة في الإيمان وما يقوله من وجدها فيه)، عن أبي هريرة رضي الله عنه قال" جاء ناس من أصحاب النبي صلى الله عليه وسلم فسألوه: إنا

نجد في أنفسنا ما يتعاظم أحدنا أن يتكلم به، قال: وقد وجدتموه؟ قالوا: نعم، قال: (ذلك صريح الإيمان)، وفي الرواية الأخرى: سئل النبي صلى الله عليه وسلم عن الوسوسة فقال: تلك محض الإيمان. فقوله صلى الله عليه وسلم: ذاك صريح الإيمان. ومحض الإيمان معناه استعظامهم الكلام به صريح الإيمان، فإن استعظام هذا وشدة الخوف منه ومن النطق به إنما يكون لمن أستكمل الإيمان استكمالا محققاً وانتفت عنه الريبة والشك. وقيل معناه أن الشيطان إنما يوسوس لمن يئس من إغوائه، فينكد عليه بالوسوسة.

وهناك مسائل أخرى يعاني منها بعض مرضى الوسواس القهري وهي الخوف الشديد من التلفظ بالطلاق بشكل صريح أو بالتلميح، والرعب من أن يكون الطلاق قد حدث بسبب ذلك، وبالتالي لا يتوقف المريض عن سؤال من حوله والمفتيين والعلماء عن وقوع الطلاق ويلح و يكرر السؤال حتى يمل الجميع من أسئلته، وللإجابة الدينية عن هذا الوسواس نجد الإجابة الصريحة أن الوسوسة بالطلاق لا تعني وقوعه. عن أبي هريرة رض الله عنه قال: "إن الله تجاوز عن أمتي ما حدثت به أنفسها ما لم تعمل به أو تكلم". ، وهذا الحديث رواه البخاري وفي كتاب الطلاق، باب الطلاق في الإغلاق، ومسلم في كتاب الإيمان، باب تجاوز الله عن حديث النفس والخواطر بالقلب إذا لم تستقر، وأبو داوود في كتاب الطلاق(باب الوسوسة بالطلاق) والترمذي في كتاب الطلاق (باب ما جاء فيمن يحدث نفسه بطلاق امرأته)، وابن ماجه في كتاب الطلاق (باب طلاق المكره والناسي). وقال لصنعاني في كتابه (سبل السلام في شرح بلوغ الحرام): والحديث على أنه لا يقع الطلاق بحديث النفس، وهو قول الجمهور، وأن الله تعالى لا يؤاخذ الأمة بحديث نفسها و أنه لا يقع الطلاق بحديث النفس، وهو قول الجمهور، وأن الله تعالى لا يؤاخذ الأمة بحديث نفسها وأن (لا يكلف الله نفساً إلا وسعها)، وحديث النفس يخرج عن الوسع، والحديث دليل على أن الأحكام الأخروية من العقاب معفوه عن الأمة المحمدية إذا صدرت عن خطأ أو نسيان أو إكراه، وطلاق المكره لا يقع عند الجمهور، وقد استدلوا بقوله تعالى (إلا من أكره وقلبه مطمئن بالإيمان)، وقال عطاء: الشرك أعظم من الطلاق، وقرر الشافعي الاستدلال بأن الله تعالى لما وضع الكفر عمن تلفظ به حال الإكراه وأسقط عنه أحكام الكفر، كذلك سقط عن المكره مادون الكفر، لأن الأعظم إذا سقط ما هو دونه بطريق الأولى.

وقد سئل الشيخ ابن عثيمين عن الوسوسة في موضوع الطلاق قال: المبتلى بالوسواس لا يقع طلاقه حتى لو تلفظ به لسانه إذا لم يكن عن قصد، لأن اللفظ باللسان يقع من الموسوس من غير قصد ولا إرادة، بل هو مغلق عليه وكره عليه لقوه الدافعة وقلة المانع. وقد قال النبي صلى الله عليه وسلم: (لا طلاق في إغلاق)، فلا يقع منه طلاق إذا لم يرده إرادة حقيقية بطمأنينة، فهذا الشيء الذي يكون مرغماً عليه بغير قصد ولا اختيار فإنه لا يقع به طلاق، وفسر العلماء الإغلاق على أنه الجنون أو أي حالة تفقد الشخص القدرة على التمييز أو حرية الإرادة،

والوسواس القهري على الرغم من أنه ليس جنوناً بالمعنى الدارج، إلا أنه مرض يتميز باقتحام أفكار معينه لوعي الإنسان دون إرادة أو اختيار منه، وهو يدرك عدم منطقيتها وعدم صحتها ويحاول مقاومتها دون جدوى، وقد يدفعه المرض لتكرار أفعال بعينها بشكل قهري، ولهذا يدخل في نطاق الإغلاق المذكور فيما يخص موضوع الوسوسة.

وعن ابن عباس رضي الله عنهما عن النبي صلى الله عليه وسلم قال: (إن الله تعالى وضع عن أمتي الخطأ والنسيان وما استكرهوا عليه) حديث حسن رواه ابن ماجه في كتاب الطلاق (باب طلاق المكره والناسي). وواضح من تكرار رواية هذه الأحاديث بواسطة الكثيرين من الفقهاء أن الموضوع كان محل تساؤلات ملحة من قبل المرضى، وهذا ما نشاهده حتى اليوم في العيادات النفسية، من مرضى الوسواس الذين أُرهقوا وأزعجوا من حولهم في تكرار السؤال عن إمكانية تلفظهم بالطلاق مباشرة أو غير مباشرة.

وهناك تساؤل دائم لدى مرضى الوسواس القهري ما الفرق بين الوسواس القهري المرضي وبين وساوس الشيطان، والإجابة على ذلك هي أن وسوسة الشيطان تكون في أشياء محببة إلى النفس خاصة تلك المتصلة بالغرائز والشهوات أو الامتناع عن العبادات، ولكن الوسواس القهري يكون في التدقيق بالعبادات وفي أشياء ترفضها النفس وتتألم بسببها وتقاومها، وفي حين يمكن دفع وسوسة الشيطان بالاستعاذة فإن الوسواس القهري يعاود الإلحاح ولا يتوقف بسهولة، والوسواس القهري مرض يسببه خلل في الناقلات العصبية في الدماغ وبحاجة لعلاج كيماوي وسلوكي، وبما أن الوسواس القهري مرض فإن المصاب به يثاب على معاناته في المرض حتى في حالة وجود الأفكار الوسواسية المتصلة بالعقيدة، فهو يتألم فيها ويحاول الخلاص ولكنه لا يستطيع دون وجود مساعدة متخصصة، وبالتالي يصبح واجباً عليه إتباع العلاج الطبي والأخذ بالرأي الديني المتفق عليه. وهذا فرق كبير بين أن يشعر المريض بالوسواس أنه خرج من دائرة الإيمان وبين أن يعرف أنه في حالة احتسابه لألام المرض يثاب عليها طالما أنه يتابع العلاج، فالله رحيم بعباده(سرحان ، ٢٠٠٨ :١١– ١٦).

أسباب الوسواس القهري .

تتباين وجهات النظر بشان الأسباب الكامنة وراء نشأة أو تكوين الاضطرابات الوسواسية القهرية ، وسنحاول أن نعطي تصورا كاملا لنتائج البحث العلمي والنظريات النفسية المختلفة لأسباب هذه الاضطرابات .

أولا : أسباب وراثية :

أوضحت دراسات عديدة وجود تأثير واضح للوراثة في تكوين الاضطراب الوسواسي القهري ، فنجد (لويس Lewis) يؤكد أن عامل الوراثة أساسي في العصاب القهري ، وأن

الطباع والأعراض القهرية توجد بشكل واضح في أسر القهرين ، وقد استنتج لويس ذلك في بحث اجراه عام ١٩٣٥، حيث وجد أن ثلث أباء وخمس أخوة المرضى يعانون من الوساوس القهرية ، وفي دراسة لخمسين حالة مرضية وجد لدى سبعة وثلاثين من الآباء سمات قهرية واضحة ، وفي بعض الحالات كانت الأعراض القهرية لدى الوالدين كليهما ، ووجد أيضا أن (٤٣) من (٢٠٦).هم أشقاء المرضى وتظهر عليهم سمات قهرية (الخالدي ، ٢٠٠٦ : ٢٥٣).

ونستمر في حديثنا عن الوراثة كعامل أساسي في الإصابة باضطرابات الوسواس القهري ، فقد أسفرت نتائج بعض الدراسات أن العوامل الوراثية تظهر بوضوح في الحالات التي يبدأ فيها ظهور الأعراض القهرية قبل سن الرابعة عشرة ، كما أن نسبة الإصابة بالوسواس القهري بين أفراد عائلة المريض أعلى منها في أفراد المجتمع العادي حيث وصلت إلى (٣٥%) في الأقارب من الدرجة الأولى ، مقارنة بنسبة (١%-٣%) في أفراد المجتمع العادين ، كما أن نسبة وجود اضطراب الوسواس القهري في أباء وأمهات الأطفال ، الذين يعانون الوساوس القهرية تصل إلى (١٨%) . ورغم هذه الأدلة تبقى الشكوك قائمة حول الفصل بين ما هو عامل وراثي (جيني) وبين ما هو ناتج عن ظروف اجتماعية وثقافية للعائلة موضوعة البحث عن إصابة أحد أفرادها أو عددا منهم (الخالدي، ٢٠٠٦ :٢٥٣).

ثانيا: أسباب بيئية تعليمية :

يؤكد علماء النفس من أصحاب هذا الاتجاه أن ظهور العصاب القهري ، يرتبط بشكل عام بالحرمان من الحب والعاطفة ومن التقبل ، وخاصة في السنوات المبكرة من العمر ، كما تتضح قيمة التأثيرات الوالدية في تكوين الأعراض القهرية لدى الطفل ، فالآباء الذين لديهم سمات قهرية يميلون إلى تشجيع أطفالهم على اكتساب هذه السمات وتنميتها ، ويفعل الآباء ذلك بطريقة غير مقصودة ، ويشعرون في السرور البالغ حين تظهر السمات الخاصة بهم لدى أطفالهم ، ويرى أصحاب هذا الاتجاه أن المجتمع الحديث مسئول عن ذلك إلى حد ما ، حيث أنه يفضل وجود بعض السمات القهرية مثل التنظيم والنظافة والدقة والهندام ، وهذه كلها أمور مرغوبة ، ولكن الحصار(القهر) هو المبالغة الشديدة في سمة أو أكثر لدى الشخص بصورة تنقلب فيها السمة ، وتصبح مضيعة للوقت والجهد ، بدلا من أن تكون مفيدة فالأعراض القهرية ، هي صور مبالغ فيها لضبط والنقد الذاتي تنشأ بسبب الاتجاهات الو الدية غير السوية التي تميل إلى تحميل الطفل مسؤوليات وقرارات منذ الطفولة المبكرة ، مما يعمل على شعوره بالذنب ومن ثم حاجته إلى التفكير فتتطور ميوله العصابية ويرى السلوكيون التقليديون أن العصاب الوسواسي القهري ممكن أن يتم تعزيزيه ، طالما أنه يستنفذ كل تفكير الفرد ووقته ، حيث يتيح له أن يتجنب الأفكار والحفرات والأفعال التي تشكل أي إسراع أخر، ويتفق السلوكيون الجدد (معدلو السلوك) مع السلوكيين التقليدين في الأعراض الحصارية القهرية هي مسالك لقيت التعزيز عن طريق

خفض القلق ، ولكن معدلي السلوك يولون أهمية اكبر إلى التشريط المباشر للاستجابات إلى مثيرات البيئة كما أنهم يرون أن السلوك القهري حدث كاستجابات القلق ، وأدائه يخفض القلق إلى حد ما على الأقل لفترة وجيزة (الطيب ، ١٩٩٤ : ٤٥٢).

ثالثا : أسباب وراثية بيئة:

يجمع بعض علماء النفس بين الاتجاهين الوراثي والبيئي في تكوين العصاب الوسواسي القهري ويرجحون أن العامل الأساسي المسبب للعصاب القهري هو تكوين الفرد وجبلته ، حيث يصعب فصل ماهو وراثي عما هوا بيئي في البداية فالعصابي القهري قد يكون غير وارث للمرض من والديه ولكنه انغمس في أفعال قهرية ، نتيجة تعلمه منهما ونحن نجد في تاريخ العصابتين القهريين تربية متزمتة ، مع إصرار بالغ على النظافة (الطيب ، ١٩٩٤ : ٤٥٣)

ونلخص أهم أسباب الوسواس القهري فيما يلي :-

١. الأمراض المعدية الخطيرة أو المزمنة .
٢. الحوادث والخبرات الصادمة .
٣. الصراع بين عناصر الخير والشر في الفرد ووجود رغبات لا شعورية متصارعة تجد التعبير عنها في صورة الفكر الوسواسي والسلوك القهري .
٤. الإحباط المستمر في المجتمع ، والتهديد المتواصل بالحرمان وفقدان الشعور بالأمن .
٥. الخوف وعدم الثقة في النفس والكبت .
٦. التنشئة الاجتماعية الخاطئة والتربية المتزمتة الصارمة المتسلطة والقسوة والعقاب والتدريب الخاطئ المتشدد والتدريب المتسلط على النظافة والإخراج في الطفولة .
٧. تقليد سلوك الوالدين أو الكبار المرضى بالوسواس القهري .
٨. الشعور بالإثم وعقدة الذنب وتأنيب الضمير وسعي المريض لا شعورياً إلى عقاب ذاته ويكون السلوك القهري بمثابة تفكير رمزي وراحة للضمير .
٩. يعتبر فرويد حالات الوسواس القهري ترجع إلى خبرة جنسية مثلية سلبية تكبت وتظهر فيما بعد معبراً عنها بأفكار تسلطية وسلوك قهري .
١٠. أرجع البعض الوسواس القهري إلى وجود بؤرة كهربائية نشطة في لحاء الدماغ تسبب دوائر كهربائية تؤدي إلى نفس الفكرة أو السلوك تماماً كما تتعطل الاسطوانة وتكرر نفس النغمة (**زهران**، ١٩٩٧ : ٥١١).

النظريات المفسرة للوسواس القهري :

أولا : نظرية التحليل النفسي:

فرويد يعتبر الوسواس ناتج عن صدمه جنسية في الطفولة، وانتقل ليفسر الوسواس على أنه استجابة دفاعيه نفسيه للدوافع اللاشعورية، وركَّز اهتمامه على التفاعل بين الأم والطفل وأعتبر عوامل العنف والاستقلال ذات أهمية خاصة، وخصوصاً في فترة التدريب على ضبط التبول والإخراج، وكأن الطفل يريد الحفاظ على شيء ثمين وهو البراز والأم تطالبه بالتخلي عنه حتى تكون سعيدة، كما طور فرويد مفهوم الخواص الشرجية والشخصية الشرجية واقترح أن الدوافع العدوانية من الوالدين يتم السيطرة عليها عن طريق السلوك الوسواسي القهري، وفي ضوء هذه النظريات كان التساؤل لماذا لم يحدث الوسواس وقت التدريب على ضبط الإخراج والتبول وعند كل الناس، وكان رد فرويد أن تأخر الأعراض الوسواسيه لمرحلة لاحقه في الحياة يمكن تفسيره على أنه نكوص لمراحل مبكرة في التطور النفسي واقترح أن هؤلاء المرضى يبالغوا في استعمال الحيل النفسية الدفاعية المختلفة للتغلب على حالة القلق التي يعانوا منها، وبالتالي فإن فرويد قد ذهب للافتراض أن كل ما يحمله الوسواس من المعاناة هو لإخفاء معاناة أكبر من ذلك بكثير، ولكن بالواقع العلمي لم يثبت أن ما قاله فرويد دقيق رغم أن بعض ملامحه قد تكون ظاهرة بين الحين والأخر، وفشلت أساليب التحليل النفسي المعتمدة على هذه النظريات في معالجة اضطراب الوسواس القهري، ومثل هذه النظريات لم تكن قابله للاختبار التجريبي العلمي، ولكنها كانت محركة للكثير من المدارس النفسية والطبية في البحث والتمحيص عن أسباب هذا الاضطراب (سرحان ، ٢٠٠٨ : ١٩-٢٠).

ثانياً : النظرية السلوكية :-

يفسر السلوكيين اضطراب الوسواس القهري في ضوء نظرية التعلم في المبادئ التي تفسر السلوك السوي هي نفسها المبادئ التي تفسر السلوك غير السوي ، والوسواس القهري شأنه شأن أي سلوك فتعلم من البيئة تحت شروط التدعيم .

وبالتالي فإن الأفكار الوسواسية تكون لها القدرة على إثارة القلق ، أي نمط جديد من السلوك قد تم تعلمه ، والعمال القهرية تحدث عندما يكتشف الشخص أن عملاً معيناً مرتبطاً بالأفكار الوسواسية قد يخفف من القلق وتدريجياً وبسبب الفائدة في تخفيف القلق ، فإن هذا الفعل يصبح ثابتاً من خلال النموذج المتعلم للسلوك .

تعتمد النظرية السلوكية على نظرية التعلم في تفسير الوسواس القهري ، حيث تنظر هذه المدرسة إلى الوساوس على أنها تمثل منبهاً شرطياً للقلق أصبح مرتبطاً بالخوف أو القلق خلال عملية الاشتراط بعدما كان في السابق منبهاً محايداً(جودة ،٢٠٠٥، ٥٢).

ثالثاً : النظرية المعرفية :-

يشير أصحاب النظرية المعرفية إلى أن العوامل المعرفية ذات أهمية أساسية في اضطراب الوسواس القهري ، فاضطراب الوسواس القهري ما هو إلا مظهر لنمط معين ، كما قدم بارلد عام ١٩٨٨ تصوراً نظريا لأسباب اضطراب الوسواس القهري فيه يلعب إدراك الشخص للسيطرة دوراً مهماً وتبدأ نظريته بالاعتراف بأن معظم الأسوياء تراودهم أفكار متطفلة لا تصبح لحوحة أو مزعجة ، ولكنها قد تهيئ المسرح لنمو اضطراب الوسواس القهري إذا تضافرت عدة عوامل في الوقت نفسه ، وبالتالي يشخص اضطراب الوسواس القهري في ضوء النظرية المعرفية على أية أفكار مشوشة ، ومزعجة ، ومضخمة وتحدث مصادفة ، وتكون محرضة لتصبح طبيعية وحقيقية أما السلوك القهري ، فهو سلوك علني ممثل تكرار الاغتسال ، أو إعادة الفحص ، ويأخذ شكلاً من السلوك المعرفي ، وهذا التتابع من الأفكار والسلوك يقود إلى آلام ، وبؤس ، واضطراب ، ويؤدي إلى السلوك المزعج ،بالإضافة إلى الأفكار الانهزامية ، وإلى سلسلة من الخسائر المستمرة (جودة ، ٢٠٠٥ : ٥٢).

أعراض الوسواس القهري:

Obsessive-Compulsive Disorder

أ- وجود إما وساوس أو أفعال قهرية

ُتعرف الوساوس ب (1) و (2)و (3)و(4)

(١)أفكار أو اندفاعات أو صور معاودة ومستديمة، يختبرها المريض، في وقت ما أثناء الاضطراب باعتبارها اقتحامية (تطفلية) وغير مناسبة وتسبب قلقًا أو ضائقة واضحين.

(2)ليست الأفكار أو الاندفاعات أو الصور مجرد انشغالات قلقية مفرطة عن مشاكل الحياة الواقعية

(3)يحاول المصاب تجاهل أو قمع مثل هذه الأفكار أو الاندفاعات أو الصور أو تعطيلها بأفكار أو أفعال أخرى.

(4)يدرك المصاب أن الأفكار أو الاندفاعات أو الصور الوسواسية نتاج عقله (ليست مفروضَة عليه من الخارج كما في غرز الأفكار).

ُتعرف الأفعال القهرية ب (1)و (2).

(1)سلوكيات متكررة (مثل، غسل اليدين، الترتيب، التحقُّق)أو أفعال عقلية(مثل، الدعاء، العد، تكرار الكلمات بصمت)والتي يشعر المريض أن مساق لأدائها استجابَة لوسواس، أو وفقًا لقواعد ينبغي تطبيقها بصرامة.

(2) تهدف السلوكيات أو الأفعال العقلية إلى منع أو تقليل الضائقة أو منع حادث أو موقف فظيع؛ بيد أن هذه السلوكيات أو الأفعال العقلية إما أنها ليست مرتبطة بطريقة واقعية بما هي مصممة لتعطيله أو منعه أو أنها مفرطة.

ب–أدرك المصاب في محطة ما من سير الاضطراب، بأن الوساوس أو الأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة.

ملاحظة :لا ينطبق هذا الأمر على الأطفال.

ج– تسبب الوساوس والأفعال القهرية ضائقة واضحة وهي مضيعة للوقت (تستغرق أكثر من ساعة يوميًا)، أو تتدخل بشكل بارز في الأداء الوظيفي الروتيني الطبيعي أو المهني (أو الأكاديمي) أو الأنشطة أو العلاقات الاجتماعية الاعتيادية.

د– إذا وجد اضطراب آخر من المحور I فإن محتوى الوساوس أو الأفعال القهرية لا يكون محصورًا به (مثل، الانشغال بالطعام بوجود أحد ، اضطرابات الأكل؛ نتف الشعر بوجود هوس نتف الشعر ؛ القلق حول المظهر بوجود اضطراب تشوه شكل الجسد؛ الانشغال بالعقاقير بوجود اضطراب استخدام المواد؛ الانشغال بالإصابة بمرض خطير بوجود المراق؛ الانشغال برغبات أو هوامات جنسية بوجود خطل جنسي Paraphilia اجترارات مذنبة بوجود اضطراب الاكتئاب الجسيم .

هـ. لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فيزيولوجية مباشرة لمادة (مثال، سوء استخدام عقار، تناول دواء) أو عن حالة طبية عامه، حدد إذا كان:

مع بصيرة ضعيفة :إذا لم يدرك المصاب، لمعظم الوقت أثناء النوبة الحالية، أن الوساوس والأفعال القهرية مفرطة أو غير معقولة (DSM.IV,1994p:418).

علاج الوسواس القهري:

كانت النظرة التقليدية إلى اضطراب الوسواس القهري بين الأطباء النفسيين أنه داء بلا دواء ، أو هو في أحسن الأحوال من أكثر الاضطرابات النفسية مقاومة للعلاج ، وكانت الرسائل العلاجية الدوائية الموجودة في الطب النفسي كلها تستخدم مع مريض الوسواس القهري في محاولة لتهدئته أو إعانته على التعايش مع الأعراض ، ولم يكن المريض يجد راحة إلا أن يرحمه الله تعالى فتخف هذه الوسواس القهري من تلقاء نفسها ، وهو ما يحدث في كثير من الحالات رحمة من الله ، لكن نسبة كبيرة من المرضى كانوا يعانون بشكل مستمد ومطرد ينتهي بهم إلى العيش في مصحة للأمراض النفسية .

لكن هذه النظرة بدأت تتغير في نهايات السبعينات وأوائل الثمانينات من القرن العشرين ، لأن تطور أحدث في طرق العلاج السلوكي بحيث أصبحت هناك أساليب وبرامج خاصة باضطراب

الوسواس القهري وواكب ذلك التطور اكتشاف التأثير الايجابي لعقار من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة وهو عقار " الكلوميبرامين " فقد كان اكتشاف تأثير هذا العقار دون غيره من مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة في الوسواس القهري هو السبب في توضيح علاقة اضطراب الوسواس القهري بالناقل العصبي السيروتونين ، لأن الفرق بين الكلوميبرامين وكل مضادات الاكتئاب الثلاثية الحلقة الأخرى هو أنه أكثر تخصصاً في تأثيره في السيروتونين

(أبو هندي ، ٢٠٠٣ ، ١٦٥) .

١- العلاج النفسي :

يحتاج مريض الوسواس القهري للعلاج النفسي وذلك بتفسير طبيعة الأعراض ، وتشجيعه وطمأنته بأن حالته بعيدة عن الجنون والتقليل من خوفه على ملكاته العقلية مع محاولة الكشف عن العوامل الدفينة التي أدت إلى هذه الأعراض ، والمعنى الرمزي لإعراضه ، والحق أن إدعاءات رواد التحليل النفسي متواضعة بالنسبة لعلاج هذا المرض عن طريق التحليل النفسي نظرا لما يواجهه المحلل من صعوبات مع هؤلاء المرضى .ويمكن الوصول لنتيجة بواسطة العلاج النفسي الهادف والذي يتطلب الوقت والمال والجهد مثل التحليل النفسي

(عكاشة ،١٩٩٨ : ١٥١).

٢- العلاج البيئي والاجتماعي :

يحتاج المريض أحيانا إلى تغير مكان العمل أو السكن حتى يبتعد عن مصدر الوسواس وخاصة إذا كان له علاقة بالخوف من الأمراض أو التلوث بميكروبات ، أو طقوس حركية خاصة وبالطبع فهذا النوع من العلاج وقتي ولا يستأصل المرض جذريا لأنه سرعان ما تعود الأعراض ثانية بالرغم من تغير البيئة (عكاشة ،١٩٩٨ : ١٥٢).

٣- العلاج الكيميائي :

تفيد أحيانا العقاقير المضادة للقلق والاكتئاب والأدوية المطمئنة الكبرى في اختفاء التوتر ، والاكتئاب المصاحبين للوسواس مما يجعل المريض قادرا على مقاومته، راغبا الاستمرار في نشاطه الاجتماعي وقد استطاعت هذه العقاقير أن تخفف آلم ألاف المرضى وجعلتهم يتكيفون اجتماعيا على الرغم من استمرار الوسواس وتدل الخبرة الإكلينيكية على فائدة عقار الانافرانيل في الوريد في علاج بعض الحالات وقد ظهرت حديثا العقاقير المضادة للاكتئاب والتي لها خاصية زيادة الموصول العصبي السيروتونين(انافيرانيل ، بروزاك، قلفارين) وأثبتت فاعليتها في علاج الوسواس القهري مقارنة بالعقاقير الأخرى المضادة للاكتئاب والتي تتلخص فاعليتها في تخفيف القلق والاكتئاب دون التأثير على الوسواس (عكاشة ،١٩٩٨ : ١٥٣).

أ. العلاج الكهربائي :

ويستخدم غالباً مع الحالات التي تصاحب فيها الاضطرابات العصابية أعراضاً اكتئابية حادة وأفكاراً سودائية أو انتحارية (القريطى ، ٢٠٠٣ : ٤١١).

ج. العلاج الجراحي :

ويستخدم في حالات القلق المزمن والوسواس القهري والاكتئاب الشديد ، وذلك بعد استنفاذ كافة أنواع العلاج النفسية والكيميائية والكهربية دون جدوى ، ويتم العلاج الجراحي بقطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي في المخ والثلاموس مما يؤدي إلى توقف الدائرة الكهربائية الخاصة بالانفعال (القريطى ، ٢٠٠٣ : ٤١١).

العلاج الديني :

ينطلق العلاج الديني الموجه للوسواسي المسلم من الآية الكريمة : ﴿وإما ينزغنك من الشيطان نزغ فاستعذ بالله﴾ . وعليه فإن توجيه هذا الفرد إلى ذكر الله ، سواء بالاستماع إليه في مجالس استماع القرآن الكريم ، تلك المجالس التي تتطلب آدابا خاصة كالطهارة : طهارة البدن والثوب والنفس ، والخشوع والتوجه إلى الله والتفكر في معاني كلامه ، أو تلاوة القرآن الكريم في مجالس التلاوة . كما أن توجيهه إلى أداء الصلاة بما فيها من تلاوة وخشوع وحركات ، وبما تحمله من توجه مباشر إلى الله سبحانه وتعالى حيث يدعوه الإنسان المضطرب ويطلب منه العون . وتوجيهه إلى الصيام والزكاة وغير ذلك من العبادات الإسلامية يمكن أن يكون عونا له في التخلص من وساوسه .

إن العلاج الديني لا يقف عند هذا الحد ، إنما يتوجه من خلال التربية القرآنية إلى توجيه ألوسواسي للتخلص من كثير من السمات والعادات التي يشب عليها كالصلابة وعدم المرونة والمغالاة ، مما يساعد أيضا في سرعة الشفاء (محمد ، ١٩٨٦ : ٢٠٠) .

علاج عصاب الوسواس القهري عند ابن قيم الجوزية :

نورد فيما يلي بعض العلاجات التي اقترحها ابن قيم الجوزية في كتابه إغاثة اللهفان من مصايد الشيطان .

يستحق التعزيز البليغ الذي يزجره وأمثاله عن أن يشرعوا في ما لم يأذن به الله ، ويعبدوا الله بالبدع لا بالإتباع . فمما نهى عنه الغلو وتعدي الحدود والإسراف ؛ وذلك بدليل قوله تعالى : ﴿ يَا أَهْلَ الْكِتَابِ لَا تَغْلُوا فِي دِينِكُمْ﴾ [النساء : آية ١٧١] ،

وقوله : ﴿ وَلَا تُسْرِفُوا إِنَّهُ لَا يُحِبُّ الْمُسْرِفِينَ ﴾[الأنعام : آية ١٤١] ، وقوله : ﴿ تِلْكَ حُدُودُ اللَّهِ فَلَا تَعْتَدُوهَا ﴾[البقرة ، آية ٢٢٩] ، وقول الرسول صلى الله عليه وسلم : " لا تشددوا على

أنفسكم فيشدد الله عليكم ، فإن قوما شددوا على أنفسهم فشدد الله عليهم ، فتلك بقاياهم في الصوامع والديارات : رهبانية ابتدعوها ما كتبناها عليهم " .

٢- من أراد التخلص من بلية الوسواس فليستشعر أن الحق في إتباع رسول الله صلى الله عليه وسلم في قوله وفعله ، وليعزم على سلوك طريقته عزيمة من لا يشك أنه على الصراط المستقيم ، وأن مخالفته من تأويل إبليس ووسوسته .

٣- العلم بالشرع وذلك بسؤال أهل الذكر أو القراءة والاطلاع . ومثال ذلك أن عمر رضي الله عنه يهم بالأمر ويعزم عليه . فإذا قيل له : لم يفعله رسول الله صلى الله عليه وسلم انتهى . وأن الصحابة ما كان فيهم موسوس ، ولو كانت الوسوسة فضيلة لما ادخرها الله عن رسوله وصحابة رسوله . ولو أدركهم لمقتهم ولو أدركهم عمر لضربهم وأدبهم .

٤- الاعتقاد في أن الوسوسة مرض سببه قبول الإنسان لوساوس الشيطان . وأنه لا عذر لأحد في قبول هذه الوسوسة . وقد روى مسلم في صحيحة من حديث عثمان بن أبي العاص قال : قلت : يا رسول الله ، إن الشيطان قد حال بيني وبين صلاتي يلبسها علي . فقال رسول الله صلى الله عليه وسلم : " ذاك شيطان يقال له خنزب ، فإذا أحسسته فتعوذ بالله منه ، واتفل عن يسارك ثلاثا . ففعلت ذلك فأذهبه الله عني " . وفي جامع الترمذي من حديث أبي بن كعب أن النبي صلى الله عليه وسلم قال : إن للوضوء شيطانا يقال له الولهان ، اتقوا وسواس الماء " . وفي المسند وسنن أبي داود عن أبي داود عن أبي سعيد الخدري أن رسول الله صلى الله عليه وسلم قال : " إن الشيطان يأتي أحدكم وهو في الصلاة ، فيأخذ شعرة من دبره فيمدها فيرى أنه قد أحدث ، فلا ينصرف حتى يسمع صوتا أو يجد ريحا " .

٥- يستحب للإنسان أن ينضح فرجه وسراويله بالماء إذا بال ليدفع عن نفسه الوسوسة . فمتى وجد بللا قال هذا من الماء الذي نضجته . فقد روى أبو داود بإسناده عن سفيان بن الحكم الثقفي أو الحكم بن سفيان قال : كان النبي صلى الله عليه وسلم إذا بال يتوضأ وينتضح .

(محمد، ١٩٨٦ : ٢٠٢) .

علاج عصاب الوسواس القهري عند الإمام الغزالي :

أما الإمام الغزالي فقد ذهب إلى أن الوسوسة خبل في العقل أي فساد فيه . وعليه فإن على المعالج أن يعيد لهذا العقل صوابه وذلك بـ :

١- تزويده بموقف الشرع مما هو فيه .

٢-تعليمه قواعد المنطق الوارد بعضها في كتاب الغزالي " القسطاس المستقيم " .

٣-حثه على أن يسلك سلوك الرسول صلى الله عليه وسلم وصحابته والابتعاد عن سلوك المغالين .

ومن بعض ما أورده الغزالي في كتابه : إحياء علوم الدين (الجزء الأول) ويفيد في علاج الموسوسين :

١- الطهارة لها أربع مراتب : الأولى : تطهير الظاهر عن الأحداث وعن الأخباث والفضلات . والثانية : تطهير الجوارح عن الجرائم والآثام . والثالثة : تطهير القلب عن الأخلاق المذمومة والرذائل الممقوتة . والرابعة : تطهير السر عما سوى الله تعالى وهذه طهارة الأنبياء . فالموسوس لم ينتبه إلا للمرتبة الأولى فيمعن فيها ويستقصي في مجاريها ويستوعب جميع وقته في الاستنجاء وغسل الثياب وتنظيف الظاهر وطلب المياه الجارية الكثيرة . وهذا مخالف لسنة وسيرة الأولين الذين استغرقوا في تطهير القلب وتساهلوا في أمر الظاهر .

٢- المزيل للوسواس أن يعلم الموسوس أن الأشياء خلقت طاهرة بيقين . فما يشاهد عليه نجاسة ولا يعلمها يقينا يصلي معه ولا ينبغي أن يتوصل بالاستنباط إلى تقدير النجاسات .

٣- ألا يبول الإنسان في المغتسل ولا يبول واقفا . فقد قال عليه الصلاة والسلام : " لا يتبولن أحدكم في مستحمة ثم يتوضأ فيه فإن عامة الوسواس منه " .

٤- على الفرد أن يستبرئ عن البول ولكن ألا يكثر التفكير في الاستبراء فيتوسوس ويشق عليه الأمر ، وما يحس به من بلل فليقدر أنه بقية الماء .

٥-الابتعاد عن الاستقصاء في الاستنجاء بعدم التعرض للباطن ، فإن الاستقصاء منبع الوسواس .

٦- يكره في الوضوء أمور ثلاثة : أن يزيد على الثلاث ، وأن يسرف في الماء ، وأن ينفض اليد فيرش الماء ، وأن يتكلم أثناء الوضوء ، وأن يلطم وجهه بالماء لطما

(محمد، ١٩٨٦ : ٢٠٤) .

▪دور الأسرة في العلاج:

يبدي أقارب وأصدقاء المريض الرغبة في مساعدته ولكن لا يعرفون كيف، فهل يستجيبوا مع وساوسه أو يقنعوه بعدم صحتها، وإلى أي درجة يمكن لهم أن يتساهلوا مع طلباته وأسئلته الكثيرة.

ولابد من أن تعرف الأسرة أو الأصدقاء ماهية المرضى، والبرنامج السلوكي الذي تم وصفه ومعنى المقاومة وعدم الاستجابة ووقف الأفكار، وتعرف المدة المناسبة لعمل أمور معينة، وفي حالة وجود مثل هذا التعاون فإن العلاج يكون أسرع وأكثر فائدة، ومع الأسف كثيراً ما ترضخ الأسرة للإلحاح والتكرار الذي يطلبه المريض إتقاءاً لإثارة عصبيته وتوتره، فنجد أفراد الأسرة منصاعين لأوامر الأم بتغيير الملابس ووضع الأحذية في مكان محدد، وعدم الأكل في ملابس معينة، وغسل اليدين دون مبرر، والمساعدة في التأكد من إغلاق الأبواب وإطفاء الأنوار والتأكد

من الغاز رغم أن أفراد الأسرة يعرفوا أن هذا لا داعي له، ولكن يجدوا أنفسهم مساهمين وبقوه في الطقوس الوسواسه ومناقشة الأفكار المتكررة، وقد يؤدي هذا إلى شبه العدوى لدى بعض أفراد الأسرة الذين يتعلموا نفس السلوك، أو يتمردوا عليه، وقد يؤدي الوسواس للطلاق والتفكك الأسري، عندما يصر المريض على وسواسه ويرفض العلاج، ولا يقبل أي مساعدة من أحد، وينتهي به الأمر وحيداً كئيباً يعيد ويكرر في الأفكار
والأفعال (سرحان ، ٢٠٠٨ :٦٢).

(٢):الاكتئاب النفسي :

نبذة تاريخية عن الاكتئاب:

الاكتئاب النفسي مرض قديم قدم الإنسانية وسجل لنا التاريخ وصفا لمرض الاكتئاب في أوراق البردي التي تركها قدماء المصريين قبل الميلاد بحوالي ١٥٠٠ عام وهذا أول تاريخ مكتوب يتم رصده من أوراق البردي التي تم العثور عليها وترجمتها ومما ورد في هذا التاريخ أن هذا المرض كان موجودا بصورة تشبه تماما ما نراه الآن وأن هذه الحالات كان يتم تشخيصها وعلاجها ببعض الطرق في مصر القديمة كما وردت بعض الدلائل على وجود الحضارات الأخرى.

ولعل أول ما سجله التاريخ المكتوب أن (أمتحب) الذي لقب فيما بعد أبو الطب أسس في مدينة منف القديمة في مصر معبدا تحول إلى مدرسة للطب ومصحة لعلاج الأمراض البدنية والنفسية وقد ورد في مراجع التاريخ أيضا أن أمراض النفسية ومنها الاكتئاب كان يتم الاهتمام بها وعلاجها بوسائل وطرق تتشابه كثيرا مع الطرق المستخدمة في العلاج في وقتنا الحالي وقد ورد وصف للأنشطة الترفيهية والعلاج بالماء واستخدام الإيحاء والعلاج الديني للاضطرابات النفسية كما احتوت البرديات القديمة على بعض النظريات التي تربط الأمراض النفسية مثل الاكتئاب بحالة الجسم وأمراض القلب وهذا يتماثل مع النظريات الحديثة التي تؤكد العلاقة بين الجسد والنفس وبين الأمراض العضوية والأمراض النفسية.

وقد ورد في كتب العهد القديم قصة (شاؤول) التي أصابته الأرواح الشريرة بحالة اكتئاب عقلي دفعه إلى أن يطلب من خادمه أن يقتله وعندما رفض الخادم الانصياع لأمره أقدم هو على الانتحار .

وفي كتابات الإغريق هناك بعض الإشارات عن طريق الأساطير وعن طريق الشعر والأدب إلى حالات تشبه الاكتئاب النفسي بمفهومه الحالي فقد ورد في جمهورية أفلاطون بعض التفاصيل عن حقوق المرضى النفسيين وكيفية علاجهم والعناية بهم وكان أبقراط الذي أطلق عليه أبو الطب من أوائل الذين وصفوا حالة الاكتئاب النفسي ونقيضه مرض الهوس وصفا لا يختلف عن

الوصف الحالي وقد ربط أبقراط بين الجسد والروح أو بين الجسم والعقل وأكد وجود تأثير متبادل بينهما كما توصل إلى أن المخ هو مركز الإحساس وليس القلب وكان بذلك صاحب نظرة شاملة في الطب العضوي والنفسي وقام الأطباء الرومان بوصف بعض الأمراض من بينها الاكتئاب وتم تصنيفه إلى نوع خارجي وداخلي مثل بعض التصنيفات الحديثة في الطب النفسي كما وتحتوي الكتابات القديمة على وصف لوسائل العلاج المتبعة في ذلك الوقت ومنها ضرب المرضى أو منع الطعام عنهم حتى يتم حفز الذاكرة وإعادة الشهية للمريض واستخدام وسائل التسلية والترفيه مثل الرياضة والموسيقى وقراءة بعض النصوص للمريض إلى بيئة ملائمة للراحة والهدوء النفسي.

أما في العصور الوسطى فقد شهدت أوروبا تخلفا حضاريا انعكس على النظرة إلى المرضى النفسيين وطرق التعامل معهم وأساليب علاجهم وكان هؤلاء المرضى في أوروبا يتعرضون للقسوة الشديدة في التعامل معهم عن طريق الحرق والغرق والضرب بقسوة والعزل في أماكن غير ملائمة ظنا بأنهم تتلبسهم أرواح شريرة (الشربيني، ٢٠٠١م: ٢٨).

أما عند المسلمين فقد ذكر الرازي (١٩٣٩م) أن المسلين الأوائل عرفوا الاكتئاب وأطلقوا عليه مسميات عديدة فمنهم من أطلق عليه الهم والوجد ومنهم من أطلق عليه المالنخوليا كما ذكر بأن كثرة التفكير والأعمال الذهنية تجلي المالنخوليا وتؤدي إلى إصابة الإنسان بالحمى والهزال العام (اللحياني، ١٩٩٦م: ٤١).

وفي القرن الرابع عشر الميلادي تم إنشاء أول مستشفى "بيمارستان" حمل اسم "قلاوون" في القاهرة وتم تخصيص مكان في هذا المستشفى لعلاج المرضى العقليين بطريقة آمنة للمرة الأولى وبعد أن ظل التفكير في أن المرض النفسي هو نتيجة للسحر ومس الجن والأرواح الشريرة سائدا لوقت طويل بدأ التفكير العلمي في علاج هذه الأمراض بصورة تشبه علاج الأمراض العضوية الأخرى.

وبعد مرور مئات السنين حدث تطور في أوروبا وأمريكا شمل وسائل العلاج بصفة عامة وعلاج الأمراض النفسية على وجه الخصوص حيث ظهرت فكرة المصحات العقلية والمستشفيات المفتوحة كبديل للأماكن المغلقة التي تشبه السجون والتي كان يوضع بها المرضى النفسيين ثم ظهرت فكرة المستشفيات النهارية التي يمضي المريض بها وقته أثناء النهار حيث يتناول الطعام والعلاج ثم يعود إلى منزله ليلا كذلك بدأت فكرة المستعمرات المتسعة التي يعيش بها المرضى وسط الأسوياء وإلحاق بعض المرضى ليعيشوا مع بعض الأسر التي تقبل القيام برعايتهم وتقدم لهم المعونة للتخلص من حالتهم المرضية.

وفي بداية القرن الماضي أثمر التفكير العلمي في الأمراض النفسية بصفة عامة عن ظهور النظريات الحديثة التي تحاول تفسير أسباب الأمراض النفسية ووصف علاماتها وتم للمرة الأولى

تصنيف الأمراض النفسية بأسلوب علمي يخضع للمراجعة المستمرة وكان العالم "كربلن" أول من فصل بين حالات الاكتئاب والهوس ووصف مرض الفصام ثم جاء العالم فرويد عام ١٨٥٦م-١٩٣٦م بنظريته التي أحدثت ثورة كبيرة في مفاهيم الأمراض النفسية تقوم نظرية فرويد على أن الاكتئاب يحدث نتيجة مباشرة لفقد شيء هام بالنسبة للفرد ونتيجة للضغوط والعوامل المحيطة به (الشربيني، ٢٠٠١م: ٢٨) .

تعريف الاكتئاب :

* الاكتئاب حالة من الحزن الشديد المستمر تنتج عن الظروف المحزنة الأليمة ، وتعبر عن شيء مفقود ، وإن كان المريض لايعي المصدر الحقيقي لحزنه .(زهران ، ١٩٩٧، ٥١٤)

* الاكتئاب اضطراب عاطفي يتمظهر بأعراض نفسية وبدنية سريريه تعكس مزاج المريض ومعاناته وتتدخل في هذا الاضطراب عوامل بيئية وثقافية وبيوكميائية (العبيدي ، ٢٠٠٩: ٣٨٣)

.

* يعرف فرويد الاكتئاب العصابي بأنه حالة عصابية مؤقتة يثيرها فقدان عزيز وتتسم بالقلق وانتقاد الذات والحط من شائنها واستنكارها (الطيب ، ١٩٩٤ : ٤٢٢).

أنواع الاكتئاب :

أولا : اكتئاب خارجي المنشأ:

وهذا النوع يصيب الفرد كرد فعل لظروف خارجية مثل : فقدان شخص عزيز ، أو حدوث كارثة مالية وغيرها ، ولذلك يطلق علية بالاكتئاب التفاعلي ، أي أنه بمثابة رد فعل طبيعي ونتيجة سيكولوجية متوقعة لظروف خارجية مسببة له ، فهو إذا وفق هذا المنظور (اكتئاب نفسي خارجي المنشأ) (الخالدي ، ٢٠٠٦: ٣٨٢).

ثانيا : اكتئاب داخلي المنشأ :

وهذا النوع عكس الاكتئاب السابق ، إذ ليس له سبب شعوري أو غير شعوري ولكنه يرجع إلى اضطراب في الجهاز العصبي المركزي ، بخلاف الاكتئاب النفسي الذي تعمل الأحداث الخارجية عملها في إظهاره ، وذات تأثير مباشر فيه ، وان الاكتئاب الداخل المنشأ هو الاكتئاب الحقيقي ويطلق عليه (بالاكتئاب الذهاني) (الخالدي ، ٢٠٠٦: ٣٨٣).

تصنيفات الاكتئاب :

(1)الاكتئاب العصابي :

وهو اكتئاب مخفف ينجم عن القلق و الشعور بالذنب والكبت وهو يمتد إلى فترة طويلة أطول من فترة الحداد والحزن العادية مع شعور المريض بأن كل شي قد ضاع إلى الأبد وأن المستقبل لا وجود له وأن الحياة لن تعود إلى ما كانت علية أبدا إلا أنة يستجيب للتشجيع والتخفيف من حزنه والأمل الذي يقدم إلية من قبل الآخرين .

(2) الاكتئاب الذهاني:

وهو اكتئاب لا يكون ناتج عن استجابة لحادثة محزنة يمكن تحديدها أو التعرف عليها بالفعل فهو يحدث دون أن تقع حادثة مباشرة أو قريبة ويحس بهبوط في النشاط الحيوي و الحركي وفقدان الشهية والأرق والاضطهاد و البكاء المتكرر وقد تصل به إلى الانتحار وغيرها من الأعراض

(3) الاكتئاب التفاعلي:

وهو عبارة عن رد فعل قوي لصدمة عنيفة مؤثرة وغالبا ما تكون نتيجة للكوارث أو الحروب أو الشدائد المروعة وهو قصير المدى لا يبقى طويلا ويمكن شفائه ولا يعود المرض إلى المصاب إلا بظهور وضع مشابه للحالة الأصلية التي أصيب فيها بحالة من الاكتئاب

(4)الذهول الاكتئابي :

وتسمى الغشية الاكتئابية وهي أشد أنواع الاكتئاب خطورة . وهي حالة نكوص بالفرد إلى مرحلة الطفولة البدائية يلزم فيها الفراش ولا يتحدث أبدا ولا يشارك في شيء ولا يأكل شيء ولا يشرب إلا أن يطعمه أحد ويغسله بدفعة إلى التبول ولا بد من مساعدته حتى لا تتدهور صحته.

(5)الاكتئاب المزمن:

وهو حالة من اكتئاب دائمة وليست عارضة.

(6)الهوس الاكتئابي :

ويتميز بدورات مختلفة من الابتهاج و الشعور بالفرح الشديد الخارج عن المألوف والذي يسمى الهوس ثم يمر المريض بدورات معاكسة يكون فيها في اكتئاب شديد وقد يكون التغير في المزاج تدريجيا .

www. showthread.php.htm

(٧)الاكتئاب الشرطي:

وهو اكتئاب يرجع مصدره الأصلي إلى خبرة جارحة يعود إلى الظهور بظهور وضع مشابه أو خبرة مماثلة للوضع أو الخبرة السابقة .

(٨) اكتئاب سن القعود :

ويحدث عند النساء في الأربعينات وعند الرجال في الخمسينات أي عند سن القعود أو نقص الكفاية الجنسية أو الإحالة إلى التقاعد ، ويشاهد فيه القلق والهم والتهيج والهذاء وأفكار الوهم والتوتر العاطفي والاهتمام بالجسم ، وقد يظهر تدريجيا أو فجأة وربما صحبته ميول انتحارية، ويسمى أحيانا سوداء سن التقاعد (زهران ،١٩٩٧ :٥١٤).

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني :

الفرق بين الاكتئاب العصابي والاكتئاب الذهاني فرق في الدرجة وفي الاكتئاب الذهاني يسيء المريض تفسير الواقع الخارجي وتصاحبه أوهام وهذيات الخطيئة والجدول التالي يوضح الفرق بينهما:

جدول رقم (٢)

الاكتئاب العصابي	الاكتئاب الذهاني
١- غير عميق الجذور.	١- عميق الجذور
٢- لا يصاحبه جمود انفعالي تام.	٢- يصاحبه جمود انفعالي تام ويندر معه التعاطف الشعوري والإبتسام الموضوعي والتجاوب مع مثيرات الفرح .
٣- الإتصال بالواقع موجود.	٣- الإتصال بالواقع محدود أو معدوم أو آلي أو شبه آلي مع عدم إتصال الأفكار مع واقع الحياة الخارجية .
٤- درجة النكوص عادية .	٤- درجة النكوص السلوكي شديه وخطيرة .
٥- التقييم الذاتي سلبي .	٥- التقييم الذاتي يميزه تحقير الذات وإدانة النفس على أمور لم تصدر من الشخص والإعتقاد في عدم استحقاقه للحياة أو عدم صلاحيته وعدم نفعه .
٦- النشاط العقلي بطيء نسبيا .	٦- بطء وهبوط النشاط النفسي الحركي والوظائف العقلية .
	٧- توجد فيه أوهام اكتئابية وهلوسات

٧- لا يوجد فيه أوهام أو هلوسات أو أفكار الانعدام. ٨- فكرة الانتحار تراود بعض المرضى ولكن ليس على نية صادقة وبعد تردد وإعلان وتهديد بالانتحار وخوف من الإقدام عليه والهدف هو إيقاع الألم بالآخرين . ٩- المريض يدرك مرضه ويسعى للعلاج . ١٠- علاجه في العيادة النفسية .	اضطهادية وهذيانات الخطيئة وأفكار الانعدام. ٨- فكرة الانتحار تراود المريض عن نية صادقة ودون سابق تفكير ويحدث عادة فجأة ونادرا ما يعلن أو يهدد بالانتحار ولا يخافه ويقدم عليه في جمود شعوري والدافع هنا هو إهلاك الذات . ٩- المريض لا يسعى للعلاج. ١٠- علاجه في مستشفى الأمراض النفسية .

(زهران ، ١٩٩٧، ٥٢٠).

الأعراض الاكتئابية الوجدانية:

يبدأ الاكتئاب بأعراض بسيطة تتدرج في الشدة إذا لم تعالج في بداية الأمر وتتميز هذه الأعراض بظاهرة هامة وهي التغير أثناء النهار وذلك لشدتها وهي تزيد في فترة الصباح ثم تتحسن تدريجيا أثناء النهار حتى تقل حدتها في المساء وعندما يصحو المريض من النوم فإنه يكون في حالة شديدة من الضيق والاكتئاب ويبدأ التحسن في وسط النهار وتكون شكوى المريض في البداية عدم القدرة على التمتع بمباهج الحياة وانكسار في النفس وهبوط في الروح المعنوية ويشعر بعدم قيمة الحياة ثم يشعر باليأس والحزن والبكاء ثم تزيد وطأة الاكتئاب ويشعر بفقدان الأمل ويصيبه الارتباك الشديد وتراوده بعض الأفكار الانتحارية (الغامدي، ١٩٩٦م: ١٦).

الأعراض الجسمية:

تعتبر الأعراض الجسمية مكملة للإعراض العامة للاكتئاب ومن ناحية أخرى فالمصابين بالأمراض الجسمية معرضون تماما للتأثر بالأعراض الانفعالية وخاصة القلق والانفعال. ومن الأعراض الجسمية الخاصة بالمكتئب:

1- انقباض الصدر والشعور بالضيق والوجه المتقع والمتجهم ويندر ما يبتسم مع انخفاض الصوت حتى يشعر المستمع بأنه لا حياة للمتكلم وسرعة ذرف الدموع.

2- التعب لأقل جهد وجمود الهمة والشعور بالآلام وخاصة آلام الظهر.

3- توهم المرض والانشغال على الصحة الجسمية.

4- اضطراب الدورة الشهرية عند النساء.

5- يفقد المصاب جزءا من وزنه بسبب فقدان الشهية.

6- الإمساك الذي قد يؤدي إلى التسمم.

7- تغيير ضغط الدم بين الارتفاع والانخفاض(الانديجاني، ١٩٩٩م: ١٨).

8- الصداع والقيء والدوخة والآم جسمية مختلفة (الغامدي، ١٩٩٦م: ١٦).

الأعراض السلوكية:

يؤثر الاكتئاب على النواحي المختلفة في حياة الفرد وينعكس ذلك في كل تصرفاته وسلوكه وأهم هذه الأعراض:

أ – المظهر الخارجي:

يبدو على وجه المريض الحزن واليأس ويسير مقوس الظهر ولا يحك يديه ويتكلم بصوت منخفض متقطع وكلمات بسيطة تخرج من فم بصعوبة.

ب- السلوك الخارجي:

تقل قدرة المريض على العمل ويرفض أحيانا الذهاب إلى العمل وينعزل عن المجتمع ويرفض مقابلة الآخرين ويبدأن في إهمال ذاته ونظافته.

ج- النشاط الحركي:

يتميز المريض بالاكتئاب بالهبوط الحركي والكسل العام والخمول الذهني والجسدي والذي يعمل أحيانا إلى عدم الحركة والشلل التام والغيبوبة الاكتئابية وهنا يتوقف المريض عن الحركة والكلام والطعام وأحيانا يصاب بحالة شديدة من الإثارة والتهيج والاضطراب وتزيد حركته وترتجف أطرافه ويكثر كلامه ويصرخ (الغامدي، ١٩٩٦م: ١٩).

الأعراض النفسية:

1- أوهام سوداوية تحير أطباء الأمراض الباطنية.

2- قد يتنقل المصاب بين العديد من الاختصاصات الطبية للحصول على العلاج من المرض الذي يتوهم وجوده.

3- بعض الهلوسات والهذيان الذي يمثل الشعور في انعدام الجدوى وعدم القيمة واحتقار الذات والشعور بالآثام والخطايا والذنوب وطلب العقاب للذات والقيام بالانتحار.

4- ظهور مشاعر الإثم والخطيئة والتفكير في الانتحار.

5- القنوط والجزع الذي يبدو في السمات الشخصية مثل فقدان الذات وشعور المريض بأنه مكروه وشعور بالوحدة والعزلة وفقدان الثقة بالنفس والشعور بالوهن في العزيمة وافتقار اللذة والسرور في المعيشة وعدم القدرة على الاستمتاع بمباهج الحياة وفراغ واحتقار داخلي.

6- البؤس واليأس والأسى وهبوط الروح المعنوية .

7- انحراف المزاج وتقلبه والانعكاف النرجسي على الذات.

8- عدم ضبط النفس وضعف الثقة في النفس والشعور بالنقص وعدم الكفاية وبعدم القيمة والتفاهة.

9- القلق والتوتر والأرق.

10- التشاؤم المفرط وخيبة الأمل والنظرة السوداوية للحياة واجترار الأفكار السوداء.

11- اللامبالاة بالنظافة والمظهر العام والأمور الحياتية.

الأعراض العقلية:

تتأثر الوظائف العقلية بالاكتئاب ويكون ذلك على هيئة مميزة من:

1- البطء والصعوبة في التفكير.

2- قلة الانتباه والسرحان.

3- عدم القدرة على التركيز بل أحيانا تتأثر بالذاكرة وذلك لصعوبة التركيز.

4 - تردد واضح في اتخاذ القرارات وارتباك في السلوك (الأنديجاني، ١٩٩٩: ١٩)

كما ينتاب التفكير عدة اضطرابات منها الإجهاد الشديد عند التفكير في أبسط الأشياء وتضخيم الأمور البسيطة ويتميز بالاستبطان الذاتي والخيال المستمر مع الهموم اللانهائية.

(الغامدي، ١٩٩٦م: ١٧).

الأعراض العامة:

1- نقص الإنتاج عن ذي قبل كالنقص في التحصيل الدراسي.

2- عدم التمتع بالحياة ومباهجها.

3- سوء التوافق الاجتماعي(الأنديجاني، ١٩٩٩: ٢٠)

الأعراض التي وضعتها رابطة الأطباء النفسيين بالولايات المتحدة الأمريكية:

1- ضعف الشهية وتناقص الوزن أو فتح الشهية وزيادة الوزن.

2- الأرق أو النوم المفرط.

3- التأخر الحركي النفسي(مشاعر ذاتية من الضجر والتململ أو التبلد)

4- فقدان الاهتمام أو السرور في الأنشطة المعتادة.

5- تناقص في الطاقة مع الشعور بالإجهاد.

6- الإحساس بانعدام القيمة ولوم الذات والإحساس بالذنب.

7- الشكوى أو التظاهر بتناقص القدرة عل التفكير أو التركيز مثل التبلد الفكري والتردد غير المصحوب بتناقص ملحوظ في تداعيات المعاني أو الأفكار أو التفكك.

8- تكرار التفكير في الموت بصفة دورية والأفكار الانتحارية والتمني أن لو كان ميتا مع

محاولات الانتحار.

9- الأعراض تسبب انزعاجا إكلينيكيا أو خللا في الأداء الاجتماعي أو الوظيفي.

10- الأعراض لا ترجع إلى التأثيرات الفسيولوجية (مثل عقار طبي) أو حالة طبية مرضية (نقص هرمون الغدة الدرقية).

11- الأعراض لا ترجع إلى فقد عزيز أو أنها ظلت معه لأكثر من شهرين بعد فقد عزيز. (الحمري، ٢٠٠١م: ٣٧).

أسباب الاكتئاب :

في الحقيقة أن هناك عوامل كثيرة متعددة ومتداخلة تلعب دورا هاما في نشأة الاكتئاب النفسي ومنها الأسباب الداخلية المنشأ مثل الوارثة والعوامل الفسيولوجية والعوامل النفسية والمعرفية والعوامل الروحية وهناك أسباب خارجية المنِشأ مثل المشكلات الأسرية وضغوط الحياة والفقر والعنف الأسري والجسدي والجنسي وإدمان الكحول والمخدرات الخ من ضغوط الحياة وسوف يتناول الباحث بعض هذه الأسباب والعوامل التي لها ارتباط وثيق بالاكتئاب النفسي.

١ - العوامل الوراثية:

ويرجع أصحاب هذه الاتجاه إلى أن أسباب الاكتئاب تعود إلى عوامل وراثية أو التركيب العضوي لخلايا الدماغ أو الأمراض العضوية في الجسم.

فالعامل الوراثي له دور هام في نشأة اضطرابات الاكتئاب فقد أكدت الدراسات التي أجريت على التوائم أهميتها حيث أوضحت البحوث أن نسبة انتشار المرض بين التوائم أحادية اللقاح تعادل(٩٥.٧ %) في حين أنها تعادل ٢٦.٣ % عند التوائم ثنائية اللقاح و ٤% فقد بالنسبة لغير الأقرباء ولكن هذا لا يدل على أن العامل الوراثي وحده يمكن اعتباره السبب الرئيسي وراء الاكتئاب(الغامدي، ١٩٩٦م: ٢٠).

٢ - العوامل الفسيولوجية:

يرجع البعض إلى أن للاكتئاب ارتباط باضطرابات الغدد وخاصة الغدة الكظرية والجنسية وذلك من حيث إفراز هرمون الفوليكوترفين وذلك بتأثره على نمو البويضة ونضجها كما يؤثر في نمو الحيوانات المنوية لدى الذكور وزيادة إفراز هرمون الغدد الدرقية يزيد من عملية الهدم والبناء كما يزيد من سرعة النبض وبالتالي يقل الوزن ويتعرض للأرق وسرعة التهيج وعدم الاستقرار الحركي والتوتر المستمرويرى البعض إلى أن هناك ارتباط بين الاكتئاب واضطرابات الجهاز العصبي مثل زهري الجهاز العصبي وأورام الفحص الجبهي حيث تبدأ هذه الأمراض بأعراض اكتئابية ويرجع البعض إلى أن هناك علاقة بين الاكتئاب واضطرابات نسبة المعادن في الجسم وعمليات

التمثيل المختلفة حيث وجد أن جسم الفرد المكتئب يحتفظ بكمية من الصوديوم تزيد عن ٥٠ % عن الطبيعي (الغامدي، ١٩٩٦م: ٢١).

٣- العوامل النفسية:

يرجح البعض الاكتئاب إلى عوامل وراثية مهيئة و إن نسبة ذلك ضئيلة جدا و الأسباب النفسية هي الأهم و منها :

* التوتر الإنفعالي و الظروف المحزنة و الخبرات الأليمة و الكوارث القاسية (مثل موت عزيز أو طلاق أو سجن بريء أو هزيمة ... الخ) ، و الانهزام أمام الشدائد .

* الحرمان (و يكون الاكتئاب استجابة لذلك) ، و فقدان الحب و المساندة العاطفية و فقد حبيب أو فراقه أو فقد وظيفة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد ثروة أو فقد المكانة الاجتماعية أو فقد الكرامة أو فقد الشرف أو فقد الصحة أو فقد وظيفة حيوية و الفقر الشديد .

* الصراعات اللاشعورية .

* الإحباط و الفشل و خيبة الأمل و الكبت و القلق .

* ضعف الأنا الأعلى و اتهام الذات و الشعور بالذنب الذي لا يغتفر بالنسبة لسلوك سابق ، والعنوسة وسن القعود (سن اليأس)وتدهور الكفاية الجنسية ، والشيخوخة والتقاعد .

* الخبرات الصادمة والتفسير الخاطئ غير الواقعي للخبرات .

*التربية الخاطئة (التفرقة في المعاملة والتسلط والإهمال .. الخ)

* عدم التطابق بين مفهوم الذات الواقعي و/ أو المدرك وبين مفهوم الذات المثالي .

*سوء التوافق ويكون الاكتئاب شكلا من أشكال الانسحاب ووجود الكره أو العدوان المكبوت ولا يسمح الأنا الأعلى للعدوان أن يتجه للخارج ويتجه نحو الذات ، حتى أنه قد يظهر في شكل محاولة الانتحار ويكون الاكتئاب هنا بمثابة "الكفارة" (زهران ، ١٩٩٧ : ٥١٥).

٤- العوامل المعرفية :

تفسر المدرسة المعرفية الاكتئاب من خلال عدد من النماذج أهمها :

أ _ **نموذج التشويه المعرفي** : و يعد بيك أحد أهم رواد هذا الاتجاه ، حيث تأثر تفسير النظرية المعرفية للاكتئاب بأبحاثه على مدار العقود الثلاثة الأخيرة من القرن العشرين و حيث يقترح أن ما لدى مريض الاكتئاب من معارف عن الواقع و عن ذاته أصابها التشويه و التحريف ، و يرى أن الاكتئاب هو اضطراب في التفكير قبل أن يكون اضطرابا للوجدان ، و أن طريقة تفكير المريض و الكيفية التي يعالج بها ما يرد إليه من معلومات ، و ما يؤمن به أو يعتنقه ، و طريقة تفسيره للأحداث من حوله تعد عوامل هامة تسهم في حدوث الاضطرابات المزاجية ، ومن ثم فهو يرجع الاكتئاب إلى خلل التفكير و يرى أن هناك مثلث من الأفكار المتشائمة و النظرة السالبة عن الذات و العالم و الخبرة و المستقبل ، و طبقا لرأى بيك فان التشويه المعرفي

المسبب للاكتئاب يحدث نتيجة أفكار تلقائية تظهر في عقولنا أو تحلق في أذهاننا على حافة الشعور ، **و يتقبل مريض الاكتئاب هذه الأفكار التلقائية المشوهة مما يلي :-**

١- **الاستدلال الخاطئ** : بناء تعميمات أو استنتاجات على عناصر معينة في الموقف على الرغم من وجود أدلة مدعمة أو وجود أدلة ضعيفة ، فقد يستنتج فرد ما أن رئيسه في العمل يكرهه لأنه لم يبدى ملاحظات ايجابية عنه .

٢- **التجريد الانتقائي** : حيث يبنى المرء استنتاجه على العناصر السلبية و الوصول إلى صيغة لنتيجة حدث معين على أساس من تفصيلات مستقلة ، على حين يكون هناك تجاهل للبراهين الايجابية و الأكثر دقة .

٣- **المبالغة في التعميم** : حيث يطلق الفرد أحكاما سلبية كاسحة أو عامة عن ذاته أو عن قدراته ، و أهميته الذاتية بناء على حدث واحد قد يكون تافه أو عديم القيمة ، فقد يصف فرد ما نفسه بأنه في غاية السوء لأنه نسى موعدا غير ذات قيمة مثلا **(قوته، ٢٠٠٧ :١٨٣)**.

٤- **التفخيم و التهويل** : مقبل التحقير و التهوين : أى المبالغة في أهمية و تواتر الأحداث السلبية ، و التهوين أو التحقير من شأن الأحداث الايجابية ، كالطالب الذي يحصل على درجة مرتفعة في اختبار فيقول "أنى سعيد الحظ فقد جاء الامتحان سهلا " .

٥- **لوم و انتقاد الذات** : أى إساءة تفسير الأحداث بشكل يبرز ما لدى الفرد من نقائص و عيوب يجعله يحقر من شأن ذاته ويلقى باللائمة عليها .

٦- **الكل أو لا شيء**: أي الميل للتفكير في صورة مطلقة.

و قد افترض بيك أن أفكارنا و معارفنا حول ذاتنا تنظم في شكل خططي Schema و أنها تساعدنا على تشكيل إحساسنا بخبراتنا ممكن خلال طريقة معالجة و تنظيم المعارف . و التركيز الانتقائي على المعلومات التي تتسق مع مخططنا و تجاهل و تشويه ما لا يتسق معها. كما يرى أن مرضى الاكتئاب لديهم ثالوث معرفي من المخططات السلبية . فهم يتصفون بطرق سلبية من التفكير حول ذاتهم، و العالم من حولهم، و نحو المستقبل. كما يفترض أن الأفكار التلقائية لمرضى الاكتئاب و خواطره السلبية عن ذاته و العالم من حوله تجعله يركز على خبرات الفشل و الخسارة دون غيرها ، و يتسق هذا الافتراض مع رأى المدرسة السيكودينامية من أن التعرض للفشل و الخسارة تسبب الاكتئاب . و قد أكدت العديد من الدراسات على فرض بيك من أن الأشخاص المكتئبين لديهم أفكار تلقائية مشوهة ، وأن محتوى هذه الأفكار يركز على الفشل والخسارة ، في حين تركز الأفكار التلقائية لمرضى القلق على التهديدات المستقبلية.

ب - نماذج العزوِ Attniibutional Model : وتمثل نماذج العزو ثاني أهم التفسيرات المعرفية للاكتئاب و تشمل ثلاث نماذج هي :-

١_**نموذج العجز المكتسب (المتعلم) Learned helplesseness**: و قد افترض هذا النموذج سيلجمان Seligman 1975 حين وجد أن الحيوانات التي تتعرض لصدمات متكررة و يصعب تجنبها تتصرف بطريقة يائسة ، و تبدو زائغة النظر و تكتئب إذا ما تركت لها الفرصة أخيرا للهروب من الصدمة . و قد وسع سيلجمان نتائجه عن العجز المكتسب إلى البشر ، حيث يرى أن الناس الذين يتعرضون لمواقف بغيضة أو مكروهة بشكل غير منضبط أو محكوم سوف يتطور لديهم الاكتئاب الذي ترجع جذوره إلى مشاعر العجز أو اليأس . و قد تم تعديل وجهة النظر هذه خلال السنوات السابقة بواسطة أبرمسون و سيلجمان و تيسدال (١٩٧٨)، ثم بواسطة أمبرسون و آخرون (١٩٨٩) و كل مرة يكون مسمى جديد للنموذج

(قوته ، ٢٠٠٧ : ١٨٤).

٢_ **نموذج أسلوب العزو attributional Style** : ركز أمبرسون و رفاقه (١٩٧٨) الطريقة التي يفسر بها المكتئبين أسباب الأحداث التي وقعت لهم و هو ما يعرف بأسلوب العزو ، و افترضوا أن مرضى الاكتئاب لديهم ثلاث أنواع من أساليب العزو و هي :

أ-**داخلي Internal** : و ترجع إلى الميل لعزو الأحداث السالبة إلى مشاعر الفرد الداخلية و عدم كفايته (مثلا لقد حصلت على درجة منخفضة في الامتحان لأني غبي)

ب- **ثابتة Stable** : و ترجع إلى الاعتقاد بأن أسباب الأحداث السالبة ستبقى ثابتة عبر الزمن (الوقت) . مثلا(لن أحصل على درجة جيدة في الامتحان لأني سأبقى غبيا)

ج- **الشامل Global** : و ترجع إلى الاعتقاد بأن مسببات الأحداث السالبة لها آثار عامة و غير محدودة على حياة الفرد . مثلا (لقد سبب غبائي لي كل أنواع المشاكل بدءا من انخفاض تحصيلي في المدرسة إلى عدم مجود عمل و حتى عجزي عن إيجاد الزوجة المناسبة).

(قوتة ، ٢٠٠٧ : ١٨٥).

٢- **نموذج الاستهداف للضغوط diathesis – Stress Model**: بسبب الانتقادات التي وجهت إلى النموذجين السابقين قام أمبرسون و رفاقه (١٩٨٩) بمراجعة نموذج العجز المكتسب و بصياغة نموذج الاستهداف للضغوط ، و طبقا لهذا النموذج يرون أن العجز أو اليأس يعمل كسبب معجل لنوع معين من الاكتئاب يعرف باسم اكتئاب اليأس Hopelessness depression، فاليأس يتطور عندما يتعارض شخص ما لديه حساسية معرفية (استهداف) لبعض حوادث الحياة الضاغطة (ضغوط) . و يصدر أساليب غزو سالبة تتميز بالثبات و الشمول إزاءها (قوتة ،٢٠٠٧ : ١٨٦).

وهناك بعض الدراسات التي تشير إلى عوامل أخرى لها أهمية في الاكتئاب ومنها:

- المناخ:

يؤثر الجو على الإنسان فهناك نوع من الاكتئاب يحصل في الخريف والشتاء وهذا الشكل من اضطراب المزاج يتم ربطه بأشعة الشمس وتأثيرها على إفراز الميلاتونين في الدماغ

(سرحان، ٢٠٠١: ٣٩)

- الفلزات والمعادن:

هناك الكثير من المعادن والفلزات التي تؤثر سلبيا على الخلايا المخية خاصة مخاخ الأجنة والأطفال أهمها الرصاص والنحاس والزئبق والألمينيوم ومركبات القصدير العضوية والزرنيخ والسلينيوم والكالسيوم الماغنيسيوم والمنجنيز وتتسبب في حدوث الأذى النفسي والاكتئاب.

- الألمنيوم:

أثبتت الأبحاث أن الألمنيوم يؤدي إلى فقدان الذاكرة والاكتئاب بل الجنون والألمنيوم يستخدم بكثرة في حياتنا اليومية مثل:

أواني المطبخ المصنعة من الألمنيوم.

أملاح الألمنيوم والموجودة في بعض الأطعمة والتوابل.

بعض المستحضرات الطبية ومعطرات الجو.

الهواء المنبعث من المكيفات المتهالكة.

سخانات المياه ذات القلب المصنوع من الألمنيوم.

العديد من مضادات الحموضة محملة بدرجة عالية من الألمنيوم.

- النحاس:

قد يتسبب التسمم البسيط عن زيادة تركيز النحاس في كثير من العلل مثل ارتفاع ضغط الدم والاكتئاب وربما انفصام الشخصية ويوجد النحاس بكثرة في حياتنا اليومية:

المياه المنبعثة من مواسير نحاسية خاصة المياه الساكنة لساعات طويلة داخل هذه المواسير.

بعض الفيتامينات والأملاح المعدنية.

أواني الطهي النحاسية.

- الزئبق:

قد يؤدي الزئبق إلى الخجل المفرط والجبن وعدم الثقة بالنفس بالإضافة إلى الاكتئاب وينتقل الزئبق لأجسادنا بطرق مختلفة قد يكون البلع مثل حشو الأسنان بملغم الزئبق أو عن طريق اللمس مثل التعرض للزئبق المتسرب من جهاز ضغط زئبقي مكسور أو ترمومترطبي مكسور ، كما يوجد الزئبق في بعض ملينات الأقمشة وملمعات ورنيش الأرضية وبعض أنواع الطلاء

وبعض الصبغات والمستحضرات الطبية مثل مواد التجميل والملينات وبعض المطهرات (الأنصاري،٢٠٠٦ : ١٤٧).

علاج الاكتئاب :

١- العلاج الإسلامي:

إن الدين الإسلامي له تأثير روحي ونفسي كبير على الإنسان وهو يختلف عن جميع الأديان السماوية الأخرى التي حرفت فالإسلام يعتني بالفرد حتى من قبل ولادته وذلك بتهيئة الجو المناسب الذي يربى فيه ليخرج إلى الحياة قويا ويقوم بواجبه نحو ربه ونفسه وأسرته فنشأة الطفل على حب الله يسهم بقدر مناسب في وقايته من الأمراض النفسية لأن الإيمان بالله يجعل الإنسان يحس بأن له سندا قويا في هذه الحياة فالاعتقاد بالله من أهم وسائل الوقاية من الأمراض النفسية والعلاج من الشعور بالوحدة النفسية وغيرها من الأمراض فالإنسان المؤمن الذي يبصر الطريق الصحيح لا يصيبه اضطراب فإسلام يهيئ نفس المؤمن لتحمل الصعوبات في الحياة فكل إنسان معرض للإصابة بالمرض والأخطار ونحوها فعلى المسلم أن يصبر ويحتسب فكل ما يصيب المسلم له ثواب عليه حتى الشوكة يشاكها تكون خيرا له إذا صبر والإسلام هو مصدر السعادة في حياة الإنسان ومماته وهو دافع للتقدم والتحضر ويعطي الثقة والاطمئنان للإنسان فهو بمثابة المصل الواقي من الخوف والشك والوساوس التي تصيب الإنسان فثقة الإنسان بخالقه واطمئنانه إلى العقيدة الإسلامية تقوي صبره على صعوبات الحياة وتزيد من قدرته على التكيف في المجتمع ومواجهة الخطر والصمود أمام المصاعب في ثقة تامة كما تقل الاضطرابات من قلق واكتئاب بدرجة كبيره عند المؤمن بالله إيمانا عميقا.(الغامدي، ١٩٩٦م: ٢٤).

٢- العلاج الطبي : ويشمل ذلك الأدوية ومشتقاتها والعلاج الكهربائي وهو مفيد لعلاج الاكتئاب الحاد والحالات المهددة بالانتحار(الداهري ، ٣٦٣ : ٢٠٠٥) .

٣- العلاج النفسي :

وخاصة العلاج التدعيمي ، وعلاج الأسباب الأصلية والعوامل التي رسبت الاكتئاب ، والفهم وحل الصراعات وإزالة عوامل الضغط والشدة والتخلص من الشعور بالذنب والغضب المكبوت ، والبحث عن الشيء المفقود بالنسبة للمريض ، وإبراز ايجابيات الشخصية والمساندة العاطفية والتشجيع وإعادة الثقة بالنفس والوقوف بجانب المريض وتنمية بصيرته ، وإشاعة روح التفاؤل والأمل .وقد يسير العلاج كما لو كان في شكل محاكمة علنية (بدلا من المحاكمة الداخلية) تنتهي بصدور قرارات وأحكام سلوكية تصحيحية (زهران ، ١٩٩٧ : ٥١٨).

٤- العلاج العقلاني المعرفي:

يقوم على إعادة تدريب الفرد ليفكر بشكل أكثر منطقية وواقعية ليعدل الأفكار الأساسية ويبدأ

العلاج بعرض النموذج للمرضى الأمر الذي يساعدهم على أن يفهموا العلاقة بين المعرفة والسلوك والعاطفة ويتم الحصول على فهم أكبر للعلاقة بين الموقف والعواطف وجوانب أخرى من خلال المراقبة الذاتية وبعد أن يتعلم المرضى مراقبة الذات يبدءون في تقويم أفكارهم للبحث عن الأخطاء المنطقية والتي قد تشتمل على الاستنتاج الاختياري والتجريد الانتقالي والتعميم الزائد والتضخيم والتهوين والتفكير في كل شيء ثم يعلمون أن يجدوا أفكارا أكثر معقولية أما المكون الأخير في العلاج فهو توضيح أنماط التفكير التلقائية أو موضوعها والتي تشتمل على اعتقادات صامتة غير تكيفيه وبعد التعرف عليها يوجه المرضى نحو اختبار صدق هذه الأفكار وعندما يصل المرضى إلى هذه المرحلة يواصل المعالجون مساعدتهم على حل المشكلة (النمري، ١٤٢٢هـ: ٥٠).

٥-العلاج السلوكي :

في هذه النظرية يتم التركيز على تقسيم السلوك الظاهر وبما أن الاكتئاب محصلة لتجارب الفشل المورث للإحباط يكون العلاج باستعمال الأفعال المعززة إيجابيا وبالتالي تعديل السلوك الاكتئابي وتحسن صاحب المرض (الداهري، ٢٠٠٥م. ٣٦٤).

٦ _ العلاج الاجتماعي :

مساعدة المريض اجتماعيا وحل مشاكله الاجتماعية وإحداث التغيرات البيئة المناسبة لتقليل معاناته(حمودة ، ٣١١ : ١٩٩٠).

٧-العلاج بالاسترخاء:

هو أحد نماذج العلاج الذاتي لعلاج الاكتئاب وذلك بهدف تهدئة المشاعر المضطربة والتغلب على أعراض الاكتئاب مثل الاضطرابات البدنية واضطرابات النوم والعجز عن تنظيم الذات والتغلب على مشاعر القلق والمخاوف التي تصاحب حالات الاكتئاب في كثير من الأحوال والطب النفسي الإسلامي اعتمد على الاسترخاء والعلاج بالصبر والتوبة والدعاء والذكر كأساليب تريح النفسية .

والاسترخاء يمنح الشخص مهارة وخبرة ولعل أول الأهداف الرئيسية لتعلم الاسترخاء إمكانية استخدامه مستقلا أو مع أساليب أخرى علاجية كالتضمين التدريجي والتعويد التدريجي على التعامل مع المواقف التي ارتبطت في الماضي بإثارة الاكتئاب وبنفس المنطق يمكن أن يستخدم الاسترخاء أسلوبا من أساليب التدريب على المهارات الاجتماعية وممارسة نشاطات تتعارض مع الاكتئاب منها الاختلاط بالآخرين والتعاون معهم وفي حالات كثيرة يستخدم الاسترخاء بوصفه طريقة للمساعدة على اكتساب الهدوء وإزالة المواقف السابقة التي قد تكون مصدرا للإثارة الانفعالية والقلق والانزواء والاكتئاب وبالتالي يساعد الاسترخاء كأسلوب في كثير من الأحيان

للتغيير من الاعتقادات الفكرية الخاطئة التي قد تكون أحيانا من الأسباب الرئيسية في إثارة الاضطرابات الانفعالية والاكتئاب (أبو الحجاج،٢٠٠٧م: ١١٢).

ثانيا :الذهان: PSYCHOSIS

تعريف الذهان :

الذهان هو اضطراب عقلي خطير وخلل شامل في الشخصية يجعل السلوك العام للمريض مضطربا ويعيقون نشاطه الاجتماعي ، ويطابق الذهان المعنى القانوني والاجتماعي لكلمة "جنون" من حيث احتمال إيذاء المريض نفسه أو غيره أو عجزه عن رعاية نفسه ، ويشاهد في الذهان في الذهان الانفصال عن الواقع وتشويهه واضطراب الانفعال الشديد واضطراب القدرات العقلية وتفكك الشخصية ونقص البصيرة والاضطراب الواضح في السلوك

(زهران ، ١٩٩٧ ، ٥٢٧)

والذهان اصطلاح يدل على اضطراب عميق و خلل في تفكير أو وجدان الإنسان يغير من مجرياته و إدراكه للعالم و الحياة و يؤثر في طبيعة سلوكه و إنتاجه بصورة خطيرة . ويعتقد بأن أسبابه ليست نفسية مباشرة (على الأكثر) بل عضوية كيماوية مبهمة (داخلية أو وراثية) الطابع . و لعدم توفر أدلة علمية كافية على حدوث تغير ما في الجهاز العصبي المركزي ، فإن أمراض الذهان دعيت بالذهان (الوظيفي)–أى غير العضوي ، و إذا ما قورن الذهان بالعصاب ، و جدنا أن العصاب اضطراب نفساني المنشأ على الأغلب ، لا يؤثر في نظرة و إدراك الإنسان للعلم و الحياة ، بل يزجه في حالة من عدم الارتياح و التوتر و الكآبة ، و لكنه لا يؤثر في تمسك شخصيته إلى حدود عمله أو إنتاجه . (إن سلوك العصابى مفهوم ، و لكن سلوك الذهاني مبهم و محير) . و من خصائص الذهان الأساسية :

١– تدهور و اضطراب في شخصية الإنسان .

٢– تفكك و اضطراب في التفكير و مجرى الذهن .

٣– اضطراب و تشتت في الوجدان .

٤– انفصام عن الواقع و الحياة .

٥– حياة حالمة تنتابها الأوهام و الهلاوس .

٦– فقدان بعض أو كل البصيرة (الاستبصار) (الدباغ ، ١٩٨٣: ١٤٩).

والذهان أي المرض العقلي ، هو اضطراب عقلي شديد و تفكك شامل في الشخصية ، حيث ينفصل المريض عن الواقع ، و يصعب عليه إقامة حوار مع الآخرين ، و يميل إلى إقامة حوار مع نفسه و تضطرب إدراكات المريض للواقع و تظهر على السلوك تصرفات بدائية

(كالتبول على الملابس أو مص الأصابع) ،كما يضطرب التفكير بشكل واضح و تظهر الهلوسات و الهذيانات بأنواعها و يظهر التفكك و الضخامة و التشتت ، و نتيجة لاضطراب التفكير تضطرب اللغة و يصبح للمريض لغة خاصة به ، كما يظهر محتويات اللاشعور بشكل واضح و سافر في سلوكه . و يظهر ذلك في الأنساب من العلاقات الاجتماعية و في أشكال السلوك النرجسي (التمركز على الذات) و السلوك الجنسي العدواني ، و عادة لا يشعر الذهاني بمرضه و لا يعترف به و لا يرغب في تغيير حالة و لا يهتم بنفسه أو بيئته
ويتدهور مظهره العام، و يمكن أن يرجع الذهان إلى أسباب و عوامل عضوية حيث يرتبط بتلف في الجهاز العصبي ، مثل ذهان الشيخوخة و الذهان الناجم عن اضطراب في الغدد الصماء أو اضطراب في عملية الأيض (البناء و الهدم أو ما إلى ذلك) ، ويمكن أن يكون الذهان وظيفيا أى نفسى المنشأ و هو الذي لا يرجع إلى أسباب عضوية و هو ما سوف نتعرض له هنا ، و من أهم صوره الفصام و جنون العظمة – الاضطهاد (البارانويا) و الهوس (مانيا)
(الطيب ، ١٩٩٤: ٤٥٧).

أعراض الذهان :

أعراض الذهان شديدة إذا ما قورنت بأعراض العصاب ، و عادة لا توجد مكاسب ثانوية مرتبطة بالأعراض .

و فيما يلى أهم أعراض الذهان :

* اضطراب النشاط الحركي ، فيبدو البطء و الجمود و الأوضاع الغريبة و الحركات الشاذة ، و قد يبدو زيادة في النشاط و عدم الاستقرار و الهياج و التخريب .
* تأخر الوظائف العقلية تأخرا واضحا ، و اضطراب التفكير بوضوح ، فقد يصبح ذاتيا و خياليا و غير مترابط . و يضطرب سياق التفكير فيظهر طيران الأفكار أو تأخرها و المداومة و العرقلة و الخلط و التشتت و عدم الترابط . و يضطرب محتوى التفكير فتظهر الاوهام مثل أوهام العظمة أو الاضطهاد أو المرجع أو الإثم أو الانعدام ...الخ ، و يظهر اضطراب الفهم بشدة و عادة يكون التفاهم مع المريض صعبا ، و اضطراب الذاكرة و التداعى و تظهر أخطاء الذاكرة كثيرا ، و اضطراب الإدراك ووجود الخداع ، ووجود الهلوسات بأنواعها البصرية و السمعية و الشمية و الذوقية و اللمسية و الجنسية . و يلاحظ اضطراب الكلام و عدم تماسكه و لا منطقيته ، و اضطراب محتواه حتى يكون سريعا أو بطيئا أو يعرقل ، واضطراب كمه بالنقصان أو الزيادة ، و اضطراب محتواه حتى ليصبح في بعض الأحيان لغة جديدة خاصة ، و يشاهد ضعف البصيرة أو فقدانها . و أحيانا يكون هناك انفصال كامل عن الواقع ، و يشوهه المريض و يعيش في عالم بعيد عن الواقع . و يبدو عدم استبصار المريض و يعيش في عالم

بعيد عن الواقع . و يبدو عدم استبصار المريض بمرضه مما يجعله لا يسعى للعلاج،و لا يتعاون فيه و قد يرفضه ، و يضطرب التوجيه بالنسبة للمكان و الزمان .

* سوء التوافق الشخصي و الاجتماعي و المهني .

* اضطراب الانفعال ، و يبدو التوتر و التبلد و عدم الثبات الانفعالي و التناقض الوجداني و التهريجية و الخوف و القلق و مشاعر الذنب الشاذة ، و قد تراود المريض فكرة الانتحار

* اضطراب السلوك بشكل واضح فيبدو شاذا نمطيا انسحابا ، و اكتساب عادات و تقاليد و سلوك يختلف و يبتعد عن طبيعة الفرد ، و تبدو الحساسية النفسية الزائدة ، و يضطرب مفهوم الذات (زهران ، ١٩٩٧: ٥٢٩).

تصنيف الذهان :

يصنف الذهان بوجه عام إلى قسمين رئيسيين :

الذهان العضوى Organic psychosis : أي الذي يرجع المرض فيه إلى أسباب و عوامل عضوية و يرتبط بتلف في الجهاز العصبى ووظائفه ، مثل ذهان الشيخوخة و الذهان الناجم عن عدوى أو عن اضطراب الغدد الصماء أو عن الأورام أو عن اضطراب التغذية أو الأيض أو اضطراب الدورة الدموية ... الخ .

الذهان الوظيفي : Functional psychosis : أى نفسى المنشأ . و هو المرض العقلي الذي لا يرجع إلى سبب عضوي. و أهم الأشكال الإكلينيكية للذهان الوظيفي هي :

١- الفصام

٢- الهذاء (البارانويا)

٣- الهوس

١- ذهان الهوس و الاكتئاب (زهران ، ١٩٩٧ : ٥٢٧) .

وسوف يتناول الباحث بعض التفاصيل حول اضطراب الفصام و البارانويا في حدود إمكانيات هذه الدراسة المتواضعة بحيث تخدم تفسير بعض الأعراض التي تقيسها أداة الدراسة خصوصا أعراض الفصام والبارانويا .

(١)- الفصام : Schizophrenia

تعريف الفصام (Schizophrenia):

"هو عبارة عن اضطراب في العلاقة المتصلة بالحقيقة حيث يصبح إدراك الشخص متأثرا بشعوره وبوجدانه Feeling . والفصام يشير إلى ابتعاد المريض عن الحقيقة وباضطرابات حادة في الحياة الانفعالية (العيسوي ، ١٩٩٤ ،١٨٢).

"إن الشخص الفصامي مضطرب التفكير والوجدان والإدراك والسلوك ويغوص في عالم الخيال ،وكما رأينا إطلاق كلمة الشخصية المنقسمة في المصطلح الذي أدخله "بلويلر" ،إلا أن كل من "كوقيل وآخرون" قد اعترضوا على كلمة منقسمة ورأوا أن شخصية الفصامي يجب اعتبارها منعدمة التكامل أكثر منها منقسمة .

وينبغي أن نفرق في هذا الشأن بين الفصام وازدواج الشخصية . قد يسيء كثير من الناس فهم المصطلح على أنه يشير إلى شخصية متعددة أو منقسمة . ولكن أشار إليه بلويلر ليس انقسام للشخصية إلى شخصيتين أو أكثر ، ولكنه يشير بالأحرى إلى انقسام أو تنافر بين الوظائف النفسية المختلفة داخل شخصية واحدة.

ففي عقل الفصامي تتوقف الانفعالات والمشاعر والأفكار والادراكات عن العمل ككل متكامل .وفي موقف معين قد تسود مجموعة أفكار سلوك الشخص ،في حين يبدو أن أفكار أخرى مساوية لها في الأهمية بالنسبة للأداء الوظيفي التكيفي تكون في هذا الموقف بالذات ليست بذات أهمية علاوة على ذلك فغن المشاعر والانفعالات قد تنفصل عن الإدراك ،وبالتالي تبدو غير ملائمة تماما لموقف معين (عبد الله ، ٢٠٠٠ : ٢٠١) .

"الفصام هو مرض ذهاني وظيفي يتميز بمجموعة من الأعراض النفسية والعقلية التي تؤدي إن لم تعالج في بدايتها إلى اضطرابات أو تدهور واضح في الشخصية والسلوك في جوانبه المختلفة ،أي أن هذه الاضطراب يشمل الجانب العقلي والوجداني من شخصية المريض ويبدو في سلوكه في شكل تدهور واضح (العيسوي ، ١٩٩٤ ،١٨٢).

"ويقصد بذهان الفصام الشخصية حالة الفصام العقلي التي تتميز بالبلادة والانسحاب عن المجتمع ومن الحياة الاجتماعية العادية .

ويعرف سترانج الفصام بأنة اضطراب عقلي وهو من الأمراض الوظيفية Function أي تلك الأمراض التي لا يرجع إلى أسباب عضوية في جسم الإنسان أو في مخه ،ولكنها اضطرابات تطرأ على الوظائف العقلية فقط، ومن أعراضه الانسحاب من المجتمع والبلادة الانفعالية .

أما سنفورد F.Sanford فيعرفه بأنه أحد الأمراض العقلية ،وفيه يتصف الفرد بالابتعاد عن عالم الحقيقة ،ويتضمن هذا المرض الهلاوس والأفكار الزائفة أو الهذيان والانسحاب الاضطراب الحاد في الحياة الانفعالية عند المريض.

ويشير جيمس دريفر إلى وجود تفكك في حياة المريض بين الحياة العقلية والحياة الانفعالية ،كما أن الحياة الانفعالية نفسها يعتريها التفكك والانحلال وعدم التماسك أو التناسق أو التنظيم (إمام ، الرمادي ، ٢٠٠١ : ١٩٩).

أسباب الفصام:

حتى الآن لا نستطيع أن نعرف بدقة سبب أو أسباب الفصام ولكن البحث يتقدم بسرعة في هذا المجال والباحثين حاليا يتفقون على أن أجزاء كثيرة من المتاهة المتعلقة بالمرض أصبحت معروفة وواضحة والدراسات تنصب حول :

١-العوامل الكيمائية:

المرضى المصابون بالفصام يبدو أن لديهم عدم توازن بكيمياء الجهاز العصبي ولذلك اتجه بعض الباحثين إلى دراسة الموصلات العصبية التي تسمح باتصال الخلايا العصبية وبعضها البعض . وبعد النجاح في استخدام بعض الأدوية التي تتدخل في إنتاج مادة كيماوية بالمخ تسمى " دوبامين" وجد أن مريض الفصام يعاني من حساسية مفرطة تجاه هذه المادة أو إنتاج كمية كبيرة من هذه المادة ، وقد ساند هذه النظرية ما لاحظه العلماء عند معالجة حالات مرض " باركنسون" أو الشلل الرعاش الناتج من إفراز كميات قليلة جدا من مادة " الدوبامين " وقد وجد أنه عند علاج هؤلاء المرضى بنفس العقار أنهم يعانون من بعض أعراض الهوس ، وقد أدى هذا إلى أن العلماء قد بدأوا في دراسة كل الموصلات الكيميائية بالمخ على اعتبار أن مرض الفصام قد ينتج عن خلل في مستوى عدد كبير من هذه المواد الكيميائية وليس " الدوبامين" وحده . ولذلك تهدف الأدوية العصبية الحديثة إلى ثلاث موصلات عصبية هي: الدوبامين والسيروتونين والنورادرينالين .

٢-الفصام والمناعة الذاتية :

نظرا للتشابه بين مرض الفصام ومرض المناعة الذاتية التي يهاجم فيه جهاز المناعة الذاتية أنسجة الجسم نفسها حيث أن كلا من المرضين غير موجود عند الولادة ولكنه يبدأ في الظهور في مرحلة البلوغ ، كما أن المريض يتواجد دائما بين حالات اشتداد المرض وحالات التراجع ، وحيث أن كلا المرضين لهما علاقة بالوراثة وبسبب هذا التشابه بين المرضين فإن بعض العلماء يفضلون إدراج مرض الفصام ضمن قائمة أمراض المناعة الذاتية . كما يظن بعض العلماء أن المرض ناتج من التهاب فيروسي يحدث في فترة الحمل حيث لوحظ أن كثيرا من مرضى الفصام قد تم ولادتهم في أواخر فصل الشتاء وأوائل الربيع، وهذا الوقت من العام يعني أن أمهاتهم قد أصبن بفيروس -خاصة من النوع بطئ التأثير -وبالتالي أطفالهن ليبدأ الفيروس في التأثير عندما يصل الطفل إلى سن البلوغ ،هذا مع وجود عامل وراثي وفي وجود هذا الفيروس يبدأ المرض في الظهور.

٣-سريان الدم بالمخ :

باستخدام التقنيات الحديثة مثل الرنين المغناطيسي والمسح التصويري للمخ تعرف الباحثون على المناطق التي تنشط عندما يندمج المخ في إدراك المعلومات. والناس المصابون بالفصام لديهم صعوبة في ربط نشاط المناطق المختلفة بالمخ والتنسيق بينها . مثلا أثناء التفكير والكلام فان أغلب الناس يكون لديهم زيادة في نشاط المناطق الجبهية بالمخ ونقص في نشاط المناطق المسئولة عن الاستماع في المخ ولكن مرضى الفصام يكون لديهم نفس الزيادة في نشاط المناطق الجبهية ولكن لا يكون لديهم نقص في نشاط المناطق الأخرى .كذلك استطاع الباحثون التعرف على أماكن خاصة بالمخ يكون بها نشاط غير طبيعي أثناء حدوث الهلاوس المختلفة . وبعد استخدام الأشعة المقطعية بالكومبيوتر وجد أن هناك بعض التغيرات في شكل مخ مرضى الفصام مثل اتساع تجاويف المخ ، بل وقد تم الكشف على تغيرات أكثر من هذا بعد التصوير بالتردد المغناطيسي ...حيث تم التوصل إلى أن المنطقة المسئولة عن التفكير ضامرة أو مشوهه أو قد نمت بشكل غير طبيعي

٤-الاستعداد الوراثي :

لاحظ علماء الوراثة وجود مرض الفصام في بعض العائلات بصورة متواصلة ،ولكن يوجد أيضا الكثير من المرضى بدون أن يكون لديهم تاريخ عائلي للفصام . ولم يتوصل العلماء حتى الآن لجين معين مسئول عن حدوث مرض الفصام. ويحدث مرض الفصام في حوالي ١% من مجموع الشعب فمثلا إذا كان أحد الأجداد يعاني من الفصام فأن نسبة حدوث المرض في الأحفاد يرتفع إلى ٣% أما إذا كان أحد الوالدين يعاني من الفصام فأن النسبة ترتفع إلى حوالي ١٠% ، أما إذا كان الوالدين يعانون من المرض فأن النسبة تزداد إلى حوالي ٤٠ % .

٥- التوتر والضغوط النفسية :

الضغوط النفسية لا تسبب مرض الفصام ولكن لوحظ أن التوترات النفسية تجعل الأعراض المرضية تسوء عندما يكون المرض موجود بالفعل.

٦- إساءة استخدام العقاقير :

الأدوية " وتشمل الكحوليات والتبغ " والعقاقير الغير مصرح بها " لا تسبب مرض الفصام. ولكن هناك بعض الأدوية التي تؤدي إلى زيادة الأعراض المرضية في المرضى وهناك بعض الأدوية التي تظهر أعراض شبيهه بالفصام في بعض الأفراد الأصحاء.

٧-النظريات الغذائية " النظريات المرتبطة بالتغذية "

بينما التغذية المناسبة ضرورية وهامة لصحة المرضى فإنه لا يوجد دليل على أن نقص بعض الفيتامينات يؤدى لمرض الفصام . والإدعاء بأن استخدام جرعات كبيرة من الفيتامينات

يؤدي للشفاء لم يثبت جدواها ، وتحسن بعض المرضى أثناء تناول الفيتامينات من الأرجح أن يكون بسبب تناول العقاقير المضادة للذهان في نفس الوقت أو بسبب الغذاء الجيد والفيتامينات والأدوية المضادة للذهان أو لأن هؤلاء الأشخاص من النوع الذي سوف يشفى بصورة تلقائية أيا كان العلاج المستخدم .

٨) أمراض الجهاز العصبي :

أن إصابة الجهاز العصبي ببعض الأمراض العضوية وظهور بعض الأعراض النفسية المصاحبة يجعل البعض يظن أن الأعراض قريبة الشبه بحالات الفصام ، وإذا لم يفحص المريض بعناية ودقة فمن المحتمل تشخيص الأعراض عن طريق الخطأ بأنها مرض الفصام والمثال على ذلك أورام الفص الصدغي والجبهي بالمخ وهبوط نسبة السكر بالدم والحمى المخية وزهري الجهاز العصبي مما يدل على أن اضطراب الجهاز العصبي يؤدي إلى أعراض فصامية وأن الفصام ذاته من المحتمل أن يكون سببه اضطراب فسيولوجي في الجهاز العصبي خصوصا بعد الأبحاث الهامة الحديثة عن وجود علاقة وارتباط وثيق بين الفصام والصرع فقد لفت نظر العلماء أن الكثير من مرضى الصرع ،خصوصا الصرع النفسي الحركي يعانون بعد فترة من المرض من أعراض شبيهة بالفصام وبالتالي انتهت الآراء إلى احتمال تشابه أسباب مرض الصرع والفصام .ومن المعروف أن السبب الرئيسي للصرع هو ظهور موجات كهربائية دورية شاذة في المخ وأنه من الممكن أن يكون سبب الفصام مشابها لما يحدث في الصرع من موجات كهربائية شاذة .وقد وجد فعلا أن مرضى الفصام يعانون من اضطراب واضح وموجات كهربائية مرضية ولكنها غير نوعية أو مميزة في رسم المخ الكهربائي. وقد وجد اضطراب في رسم المخ في ٧٣% من مرضى الفصام الكتاتوني و٥٧% من مرضى الفصام البسيط و٥٤% من الفصام البارانويي .و قد ثبت أخيرا وجود علامات عضوية بالمخ عند مرضي الفصام علي هيئة تغيرات في نسيج المخ والخلايا العصبية .
httpwww.elazayem.comSCHIZOPHRENIA.ht

أعراض الفصام

١- اضطراب التفكير :

ويشمل اضطراب التفكير خللا بوجه عام في التعبير عن الأفكار ومجرى التفكير ومحتواه والتحكم فيه وتضيق حدود انتباه المريض فيتركز حول حياته الداخلية ويضعف ترابط الأفكار ، ويظهر خلط بين الأسباب والمسببات ، وبتقدم المرض تكثر الهذايانات وبخاصة هذيان الاضطهاد والعظمة والجنس(العبيدي ، ٢٠٠٩ :٤٣٣).

٢- **اضطراب السلوك :**

وأهم مظاهره الانسحاب والانعزال والبعد عن الواقع وفقد الاهتمام بالذات والأسرة ، مع إهمال في العمل ، وعدم التجاوب مع الغير مما يجعل التقرب إليه صعبا ، وكثرة التفكير فيما يقوله الناس عنه ونقص التفاعل مع البيئة بوجه عام فضلا عن عدد من مظاهر السلوك الغريب ، وبتقدم المرض يتطور ذلك الى الشعور بأنه مراقب(العبيدي ، ٢٠٠٩ :٤٣٣).

٣ – **مقاومة التقاليد والعادات المألوفة** ، ثم يتطور ذلك الى عدم الاهتمام بالملبس والنظافة والمظهر الخارجي .

٤- **زيادة الوهم المرضي مع سهولة الإصابة بالأمراض .**

٥- **اضطراب الإرادة :**

ويأخذ المظاهر التالية :

أ- عدم القدرة على المبادرة بوضع الخطط .

ب- عدم القدرة على ممارسة الأنشطة .

ج – الافتقاد الى المعنى والهدف .

د – الإقتار الى القدرة على المثابرة لحل أي مشكلة .

هـ – السلبية التامة .

د- قد يعتقد بوجود قوى خارجية تسيطر على سلوكه (وأنه لا حول له ولا قوة)

(غانم ، ٢٠٠٦ : ١٤١) .

٦- **الأعراض التخشيبة** : اضطراب في القدرة الحركية للفرد ومنها السبات والذهول والغيبوبة والسلبية والمداومة على وضع معين ، والاستمرار في وضع جسمي خاص ، التقليد والطاعة العمياء ، إصدار حركات نمطية بشكل متكرر(العبيدي ، ٢٠٠٩ :٤٣٥).

٧- **بتقدم المريض يزداد الاضطراب الوجداني** ، فيفقد المريض اهتمامه بالأشخاص والأحداث . كما يظهر عدم التناسق في انفعالاته فيبتسم أو يضحك دون سبب وكثيرا ما يستجيب استجابات انفعالية مخالفة للموقف فمثلا يضحك لموت أحد والديه أي يضحك لموقف محزن كما لموقف مضحك(محمد ، ٢٠٠٤ :٤٣٥).

٨- **اضطراب الوجدان** : ويعني التبلد الانفعالي وعدم التناسب والتقلب وعدم التجاوب الانفعالي ويؤدي الاضطراب الوجداني الشديد عند المريض إلى انفصام في الشخصية ، فلا يستطيع إدراك حدود شخصيته ، ويتطور ذلك إلى اعتبار بعض أجزاء جسمه غريبة عليه ، فيتخيل مثلا أن نصفه امرأة وأن النصف الآخر رجل ، أو إن هناك شخصيتين داخلتين تراقب إحداهما الأخرى(محمد ، ٢٠٠٤ :٤٣٥).

٩- **يفقد الفصامي الرغبة بالقيام بأي عمل بل و يتفاداه** ، و يعتبر ذلك وسيلة انسحابية يقصد بها إدانة العالم الخارجى ، و أحيانا يحدث العكس فيخضع الفصامى لأى إيحاء خارجي ، وبتطور المرض يتحول ذلك الى الخضوع لأي أوامر لفظية وأحيانا يرددها كالبغباء ، وقد يقلد الحركات التي يشاهدها تقليدا أعمى(محمد ، ٢٠٠٤ :٤٣٤).

١٠ _ الضلالات :

وهي اعتقادات باطلة يعتقد المريض في صدقها برغم خطأها وبطلانها ، وهي على أنواع عدة : منها الاضطهاد ، العظمة ، الأهمية ، التلميح او الإشارة ، توهم المرض ، تأثير القوى الخارجية(محمد ، ٢٠٠٤ :٤٣٥).

المحكات التشخيصية العامة للفصام والاختلالات الذهانية الأخرى :

أ- **الأعراض الوصفية:** وجود إثنين من الأعراض التالية (أو أكثر)، على أن يوجد كل منهما لفترة من الوقت وذلك خلال شهر على الأقل (أو أقل إذا عولجت بنجاح):

(1) أوهام.

(2) هلاوس

(3) كلام غير منظم

(4) سلوك جامد أو غير منظم بشكل فاضح.

(5) أعراض سلبية، أي: انفعالات سطحية أو ندرة في الكلام Alogia أو فقدان الإرادة.

ملاحظة: يلزم وجود عرض واحد فقط من المعيار A إذا كانت الأوهام غريبة أو إذا تكونت الهلاوس من صوت يستمر في التعليق على سلوك الشخص أو أفكاره، أو وجود صوتين أو أكثر تتحادث مع بعضها البعض .

ب – خلل في الأداء الوظيفي الاجتماعي/ المهني: خلال فترة مهمة من الوقت ، ومنذ بداية الاضطراب، فإن مجالاً أو أكثر من مجالات الأداء الوظيفي كالعمل أو العلاقات الشخصية أو الرعاية الذاتية هي بصورة واضحة دون المستوى المتحقق قبل النوبة (أو الإخفاق في بلوغ المستوى المنتظر في العلاقات الشخصية أو الإنجاز الأكاديمي أو المهني .

ج – المدة: تدوم علامات الاضطراب المستمرة ستة أشهر على الأقل. ينبغي أن تتضمن فترة الستة أشهر هذه شهراً من الأعراض التي تحقق المعيار A (أي أعراض الطور الإيجابي) وقد تتضمن فترات من الأعراض المتبقية. قد يظهر الاضطراب أثناء هذه الفترات بأعراض سلبية فحسب أو اثنين أو أكثر من الأعراض المدرجة في المعيار A التي تكون موجودة بشكل مخفَّف (مثال، إعتقادات غريبة ، خبرات إدراكية غير مألوفة).

د- استبعاد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج: استُبعد اضطراب الفصام الوجداني واضطراب المزاج مع مظاهر ذهانية إما (1) لأنه لم تحدث نوبة اكتئابية أو نوبة هوسية أو نوبة مختلطة في وقت واحد مع أعراض الطور الإيجابي أو (2) إذا ما حدثت نوبات المزاج أثناء أعراض الطور الإيجابي، فإن مدتها الكلية كانت قصيرة بالنسبة إلى مدة الفترتين الإيجابية والمتبقية .

هـ - استبعاد تأثير مادة/ حالة طبية عامة: لم ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة لمادة (مثال، إساءة استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

و- العلاقة مع اضطراب نمائي شامل: إذا كان ثمة قصة لاضطراب توحدي أو اضطراب نمائي شامل، فإن تشخيصاً إضافياً للفصام يوضع فقط إذا كانت الأوهام أو الهلاوس بارزة أيضاً لفترة شهر على الأقل (حسون ، ٢٠٠٤ : ٧٦-٧٧).

أنماط الفصام :

تتعد التصنيفات التي قدمت للفصام ، ومنها

١- **الفصام الهذائي** :

ويتميز بوجود هذاء - أفكار ومعتقدات غير واقعية - منظم وثابت مع احتفاظ الشخصية عادة بامكانياتها العقلية ، و إن محور تصرفات المريض تدور حول هذا الهذاء الذي يعتنقه والذي لاشك للحظة في واقعيته وصدقه .أما عن الأفكار الهذائية التي يعتنقها الشخص في كثير فيمكن حصرها في فئات شائعة ثلاث هيا :

- هذاء العظمة .
- هذاء الاضطهاد.
- هذاء الغيرة .

تشخيص الفصام البارنويدي :

١- فرط الانشغال بضلالات متسقة مع كثرة ظهور الهلاوس السمعية المتعلقة بموضوع واحد فقط .

٢- عدم ظهور أي عرض من الأعراض التالية :

- عدم ترابط الكلام .
- تفكك أواصر التفكير .
- ضحالة الانفعال .
- عدم توافق الانفعال على التفكير .
- عدم توافق الانفعال مع المواقف .

- السلوك الكتاتوني .
- تفكك السلوك (وعدم ترابطه) بشكل جسيم(غانم ، ٢٠٠٦ : ١٤٢).

٢- الفصام المفكك:

ويتسم هذا النوع من الفصام بتفكك مكونات الشخصية بصورة شديدة مع وجود العديد من سمات الخلط الذهني ، وقد يميل المرضى في هذا النوع من الفصام الى الاكتئاب البسيط ، إلا إن الحالة المزاجية في الغالب تكون هي حالة من التقلب الوجداني المتطرف مابين الحزن والفرح إضافة إلى أن الانفعال يكون غير مناسب للموقف أو للسؤال ، إضافة إلى أن التفكير يتميز بالضحالة والتفكك وعدم الترابط .

تشخيص الفصام المفكك :

١- عدم ترابط الكلام ، تفكك أواصر التفكير بصورة شديدة أو فرط تفكك السلوك .
٢- ضحالة الانفعال ، وعدم توافقه مع المواقف والتفكير .
٣- لا تنطبق عليه معاير تشخيص النوع الكتاتوني(غانم ، ٢٠٠٦ : ١٤٣) .

٣- الفصام التخشبي الكتاتوني :

المحكات التشخيصية للنمط التخشبي :

نمط من الفصام تتجلى الصورة الإكلينيكية له بواسطة اثنين على الأقل من العلامات الآتية .

١- ثبات حركي من علاماته التخشيبة (يكون الجسم في ليونة او لدانة الشمع) او الغشية .
٢- نشاط حركة زائدة (غير هادف بشكل واضح ولا يتاثر بالمثيرات الخارجية)
٣- المخالفة (السلبية) الزائدة (مقاومة لا حركية لكل التعليمات أو البقاء على الوضع المتصلب ضد أي محاولات لتحريكه) أو خرس (بكم).
٤- تجسيمات حركية لاإرادية كما تظهر في وضع جسمي معين (افتراض إرادي لأوضاع غير مناسبة أو خليطه)، حركات نمطية ، لزمات واضحة ، او تكشير واضح .
٥- التردد المرضي لما يقوله الآخرون او التطبيق لما يسمعه (قوته ، ٢٠٠٧ :٢٢١).

٤_ نمط غير متمايز :

نوع من الفصام توجد فيه الأعراض الموضحة في المحك(أ)من المحكات التشخيصية العامة للفصام والإختلالات الذهانية الأخرى من هولاس ، هذاءات ، وعدم اتساق ، ولكن محكاته لا تتسابق مع أي من النمط الهذائي او النمط المختل او النمط التخشبي

(قوته ، ٢٠٠٧ :٢٢٢).

٥- الفصام المتبقي :

المحكات التشخيصية للنمط المتبقي : نوع من الفصام يمكن وصفه بالمحكات التالية :

أ – غياب الضلالات او الهواجس الواضحة ، والهلاوس ، والحديث غير المنظم وسوء التنظيم الواضح او السلوك التخشبي .

ب – يوجد دليل دائم على الاضطراب كما يوضحها وجود الأعراض السلبية او اثنين او أكثر من الأعراض الموضحة في المحك (أ) للفصام ، وتوجد هذه الأعراض في صورة مخففة (مثل :إعتقادات شاذة ، خبرات إدراكية غير عادية) (قوته ، ٢٠٠٧ :٢٢٢).

علاج الفصام :

من الأهمية بمكان أن يكون تركيز الأسرة المجتمع بل والفرد نفسه على سبل الوقاية من الإصابة بالاضطرابات الذهانية لحماية الفرد أصالة من بأي من الأضرار العقلية (الذهانات العقلية)ذلك لأن العلاج وإن كان ممكنا فإنه أمر صعب ، ويستغرق وقتا طويلا ، وفي كثير من الأحيان قد يتطلب دخول المريض للمستشفى العقلي .وتتمثل أهمية تلقى المعالجة ،على القليل ، في عدم تدهور حالة المريض ومساعدته على التكيف والتعايش مع حالته وفي النهاية الشفاء ولحماية مرضى الاكتئاب من التعرض للانتحار أو إيذاء أنفسهم أو غيرهم . كذلك تحقق المعالجة الاحتفاظ بالصحة الجسمية للمريض العقلي وتوفير الغذاء الجيد والراحة للمريض

(العيسوي ، ١٩٩٤: ١٨٩).

أنواع العلاج :

"إن أعراض الفصام المعقدة تتطلب علاجا متعدد الأوجه ومن أجل هذه الغاية استخدمت عدة استراتيجيات بدرجات نجاح متفاوتة أو متباينة تشمل العلاج بالعقاقير ، والعلاج النفسي ، والعلاج السلوكي ، والعلاج الأسري ، والعلاجات الاجتماعية والبيئية . واهتمت طرق التأهيل هذه بالكثير من الحالات المرتبطة بالفصام .

١–العلاج الكيميائي:

وهو علاج الفصام بالعقاقير المضادة للذهان التي تتحكم في أعراض الفصام بتقليل نشاط الدوبامين بالمخ . وهي فعالة ضد الأعراض الإيجابية أكثر من فاعليتها ضد الأعراض السلبية . وتعمل هذه العقاقير أحيانا على تحسين الانتباه والتفكير المجرد وقدرات معالجة المعلومات

٢–العلاج الكهربي :

وهو العلاج الكهربي المحدث للتشنجات (العلاج الكهرو اهتزازي) Electroconvulsive therapy أو يطلق عليه علاج الرجفة الكهربائية ويستخدم في بداية الفصام أو في الحالات الحادة أو المصاحبة بأعراض تصلبية كتاتونية ، أو المصاحبة بأعراض اكتئابية والفصام

الهذائي ، أو حالات الفصام المصاحبة بأعراض اضطراب وجداني ، وأحيانا يكون مبرر إعطائه هو تقليل جرعات مضادات الذهان اللازمة للسيطرة على الأعراض الذهانية .

(العيسوري ، ١٩٩٤: ١٩٠).

٣-**العلاج الجراحي النفسي** : وهو علاج جراحي نفسي ويتم عندما تفشل كل الوسائل العلاجية الأخرى كالعلاج بالعقاقير المهدئة ، والعلاج بالصدمات كما يستخدم العلاج الجراحي النفسي في الحالات المزمنة بعد مضي سنتين أو ثلاث سنوات من العلاج الفعال الذي يتضمن علاجا نفسياوتتم هذه الجراحة بشق مقدم الفص الجبهي . وقد إتضح أن الحيوانات التي يتم إجراء الجراحة الفصية لها تحدث لها تأثيرات هادئة . أي يتم في هذه الجراحة قطع الألياف العصبية الموصلة بين الفص الجبهي والثلاموس فتقل حدة الانفعال.

٤-العلاج النفسي:

ويؤخذ علاج الفصام الآن بنظرة أكثر تفاؤلا عما كان يحدث فيما سبق وخاصة في مراحله الأولى ،فالاستخدام المتسع النطاق للأدوية المهدئة جعل من الممكن الاحتفاظ بالعديد من المرضى في مجتمعاتهم وبالتالي تقليل عدد نزلاء المستشفى من مرض الفصام .ومن أهم فوائدها أنها جعلت من الممكن استخدام أساليب اجتماعية ونفسية مع المصاب بالفصام في المجتمع(إمام ، الرمادي ، ٢٠٠١ : ٢٠٦).

٥-العلاج الغذائي :

وهي الاهتمام بالعلاقة بين الغذاء والمرض وبالتالي استعمال الغذاء كوسيلة علاجية وأن له أن يقلل من معاناة المريض وأن يساعد في رده الى حالة الصحة .

٦-العلاج المحيطي:

وهو الأسلوب العلاجي الذي يتوجه إلى محيط المريض ومحاولة تغيير أو تحوير هذا المحيط بالطريقة والقدر التي تتلاءم مع حالة المريض القائمة وبهدف التقليل من شدة المرض وتقصير أمده والحيلولة دون عودته .

وهو يهدف إلى تغيير الطريقة في المستشفيات والمجال الدراسي ووضع المريض العقلي في ظروف محيطية أفضل .(كمال ، ١٩٨٦ : ١٢٠).

(٢)- البارانويا (الهذاء) : Paranoia او الاضطراب التوهمي : Delusional Disorder:

الهذاء (البارانويا) حالة مرضية ذهانية تميزها الأوهام والهذيان الواضح المنظم الثابت أي الهذيانات والمعتقدات الخاطئة عن العظمة او الاضطهاد ، مع الاحتفاظ بالتفكير المنطقي وعدم

وجود هلوسات في حالة الهذاء النقي أي أن الشخصية رغم وجود المرض تكون متماسكة ومنتظمة نسبيا وعلى اتصال لا بأس به بالواقع ، ولا يرفقه تغير في السلوك العام إلا بقدر ما توحي به الأوهام والهذيانات ، ويعرف الهذاء أحيانا باسم "رد فعل الهذاء " وأطلق عليه البعض اسم "جنون العظمة وجنون الاضطهاد " (زهران ، ١٩٩٧ : ٥٤٣)

تصنيف الهذاء :

يصنف الهذاء على النحو التالي :

١- الهذاء النقي أو الهذاء الحقيقي :

حيث تسود أوهام العظمة او أوهام الاضطهاد أو الهذاء الجنسي (هذاء المشاكسة أو هذاء الغيرة).

٢- حالة الهذاء :

وأهم أعراضها الأوهام العابرة غير الدائمة وغير المنتظمة تماما ، ولكنها غريبة مع بعض اضطرابات في الفكر ، وتعتبر حالة الهذاء حالة بين الهذاء النقي وبين الفصام الهذائي (زهران ، ١٩٩٧ : ٥٤٤).

٣- الفصام الهذائي :

وهذا النوع تم التعرض إليه في الحديث عن الفصام والنمط الهذائي .

وتختلف البارانويا عن فصام البارانويا في أن المريض عادة ما يقوم بأداء وظائفه بصورة عادية إلا في حالة إصابته بالهذاء ، حيث نجده يظهر نماذج فكرية مترابطة بصورة كبيرة في كثير من الأوقات(العبيدي،٢٠٠٩ : ٣٩٧).

٤- الهذاء المنقول :

حيث تنتقل الأوهام الهذائية من مريض إلى شخص قريب أو متعلق به مثل الوالد والولد أو الزوجة والزوج أو الأخ والأخت ، وهي حالة تقمص ، وينتقل عادة من الشخص المسيطر إلى الشخص الأقل سيطرة ، والقابل للإيحاء ويكون الشخصان غالبا سيئ التوافق ذوي محيط بيئي متماثل ويواجهان نفس الظروف النفسية (زهران ، ١٩٩٧ : ٥٤٤).

أنواع الهذاء:

1- توهم الاضطهاد : حيث يعتقد المريض أن أحد الناس ينوي قتله ويدبر له مكيدة ، ويعتقد المريض أنه مظلوم ، وأن الآخرين يسيئون معاملته ويخططون لإيذائه (كأن يضعوا له السم في الطعام) ، وقد يعتقد المريض أن المخابرات والشرطة موجهة نحوه ويترصدون خطواته بعدة وسائل .

2- توهم العظمة :Delusion of Grandeur حيث يعتقد المريض أنه عظيم أو قائد أو

فيلسوف ، أو مبدع ، ويؤمن بأهمية ذاته وتفوقه وعظمته وخطورته ، وقد يعتقد أن لديه قوة خارقة وسحرية ، ويلاحظ عليه الحديث عن الذات والتعالي والمفاخرة ، وتبني أهداف غير عملية.

3ـ توهم الغيرة : Delusion of Jealousy وفيه يعتقد المريض أن محبوبه على علاقة حب بشخص آخر ، والزوجة تعتقد أن زوجها يخونها ، وهذا النوع من الإعتقاد يختلف عن الغيرة العادية ، حيث تكون الغيرة هنا شديدة عميقة متأصلة وثابتة يصعب فهمها ولا أساس لها .

4. توهم الإشارة أو الإحالة أو الإسناد : **Delusion of Reference** وفيه يعتقد المريض أن أقوال الآخرين وأفعالهم تستهدفه ، وذلك للنيل منه وتجريح صورته أمام الآخرين والمريض هنا يصور أية حركة أو كلمة أو واقعة على أنها تعنيه هو .

5ـ توهم المرض : **Hypochandriac Delusion** ويعتقد المريض بأنه مصاب بمرض عضال وغير قابل للشفاء بالرغم من إجراء الفحوص المتكررة التي تؤكد سلامته ٠ ويتركز توهم المرض هنا على أية منطقة من الجسم لذلك سميت توهمات سوماتية عضوية ، وغالبية هذا التوهم يتركز على وظائف الجهاز الهضمي والقلب والصدر ، كالاعتقاد بأنه مصاب بالسرطان ، أو وجود حشرات في جسمه .

6. توهم الإثم والشعور بالذنب : **Sin Delusion** حيث يعتقد أنه ارتكب جريمة أو قام بفعل أثيم يعاقب عليه ، وذلك كله مجرد توهم أقنع نفسه به كعرض للمرض العقلي ٠

7. توهم الجنس : وفيه يعتقد أن أحد أفراد الجنس الآخر في مركز غنى وشهرة يحبه ويرسل إليه رسائل عن طريق الراديو أو التلفاز أو المجلات أو أي وسيلة أخرى ، ويكتب له خطابات غرامية .

8. توهمات مختلطة : حيث تضم اعتقادات وتوهمات متنوعة ، تضم عددا من الأشكال السابقة الذكر.

httpsamtah.netvbshowthread.phpt=31497

تشخيص الهذاء :

أ- أوهام ليست غريبة (أي، تتضمن مواقف تحدث في الحياة الواقعية، مثل أن يكون المرء ملاحَقاً أو مسموماً ً أو عن بُعد أو لديه مرض) لمدة شهر على الأقل.

ب – لم يُستوف المعيار (أ) من معايير الفصام. ملاحظة: قد توجد الهلاوس اللمسية والشمية في الاضطراب التوهمي إذا كانت ذات صلة بالموضوع التوهمي.

ج- إذا ما استبعدنا تأثير الأوهام أو تظاهراتها، لا يختل الأداء الوظيفي بصورة واضحة، كما أن السلوك لا يكون غريباً أو شاذاً بجلاء.

د- إذا حدثت النوبات المزاجية بالتزامن مع الأوهام، فإن مدتها الكلية وجيزة بالقياس لمدة الفترات التوهمية.

هـ- لا ينجم الاضطراب عن تأثيرات فسيولوجية مباشرة (سوء استخدام عقار، دواء) أو عن حالة طبية عامة.

حدِّد النمط (الأنماط التالية حددت بناء على سيطرة الموضوع التوهمي):

النمط الجنسي الهوسي: الأوهام بأن شخصاً آخر، وعادة من طبقة اجتماعية عليا، في حالة حب مع الشخص.

نمط العظمة: أوهام القيمة المتضخمة أو السلطان أو المعرفة أو الهوية المتضخمة، أو العلاقة الخاصة بإله أو بشخص مشهور.

نمط الغيرة: الأوهام بأن الشريك الجنسي للشخص غير مخلص.

النمط الاضطهادي: الأوهام بأن الشخص (أو أحد ما مقرّب لديه) يعامَل بخبث بطريقة ما.

النمط الجسدي: الأوهام بأن لدى الشخص خللاً جسدياً ما أو حالة طبية عامة.

النمط المختلط: أوهام مميزة لأكثر من نمط من الأنماط المذكورة أعلاه ولكن دون سيطرة أي موضوع منها (حسون ، ٢٠٠٤ : ٨٠).

التشخيص الفارق :

* يجب المفارقة بين الهذاء (كمرض) وبين السلوك الهذائي الذي يتسم بالعناد والتمسك الزائد بالآراء وعدم الاعتراف بالخطأ والغرور وإرجاع الفشل إلى تدخل وتأثير الآخرين .

* ويجب تفريق الهذاء عن ردود الفعل الهذائية المصاحبة لبعض الأمراض مثل الصرع وذهان الشيخوخة والكحولية والإدمان (وخاصة إدمان الكوكايين).

* ويجب التفريق بين الهذاء وبين الهوس مع الاوهام ، فالمريض بالهذاء لا ينفصل عن الواقع ولكنه يفسره طبقا لآرائه وتكون الاوهام منظمة ومسيطرة على المريض ، أما الفصام الهذائي فتنمو أعراضه ببطء ويكون وقتيا قصير المدى وأوهام غريبة وشاذة ويختلط الهذاء فيه بأعراض الأمراض الأخرى ويرافقه الهلوسات والانفصال عن الواقع .

* ويجب التفريق بين الهذاء وبين الهوس مع الأوهام ، فمريض الهذاء تكون أوهامه منظمة ومؤكدة وأفكاره ثابتة ودائمة ويكون قلقا ، أما المهووس فتكون أوهامه عابرة وأفكاره طائرة ويكون صاخبا متهيجا غير مستقر (زهران ، ١٩٩٧ : ٥٤٧).

أسباب البارانويا :

١- أسباب وراثية و أسرية:

لوحظ وجود اضطرابات عقلية و اضطرابات في الشخصية لدى أسر مرضى البارانويا بصفة عامة و كذلك وجد انتشار سلوك الإدمان و بعض مظاهر الجمود و التصلب و التمسك بالطقوس الاجتماعية لدى هذه الأسر و قد تكون هذه العوامل ذات أثر وراثي و لكنها قد تنتقل إلى الأبناء عن طريق الاكتساب ،و من بين أسباب البارانويا أيضا اضطراب الجو الأسرى و سيادة التسلطية في الأسرة و التوترات الزائدة و شعور الفرد بعدم الأمان في الأسرة سواء بشكله الظاهر أو الخفي ومن بين أسباب البارانويا أيضا اضطراب الجو الأسرى و سيادة التسلطية في الأسرة و التوترات الزائدة و شعور الفرد بعدم الأمان في الأسرة سواء بشكله الظاهر أو الخفي وتطور البارانويا عادة في بيئة تتصف بالانعزالية والشك مما يجعل الشخصية مهيأة لبناء منظومة هذائية في هذا الجو الحذر الذي يتسم بالتأهب والترقب

(الطيب ، ١٩٩٤ : ٤٧٣).

٢- أسباب عضوية:

هناك بعض أنواع العقاقير مثل الامديتامين وبعض أنواع أقراص الهلوسة تسبب أعراضا شبيهة بأعراض البارانويا ، وأحيانا ما تستمر هذه الأعراض حتى بعد التوقف عن تعاطي العقار ، وقد تنشأ أعراض البارانويا نتيجة لوجود إعاقة بدنية مثل كف البصر أو شلل الأطفال أو الصمم ويلاحظ أن الإعاقة الجزئية أكثر إثارة لأعراض المرض من الإعاقة الكلية ، وذلك لان الإعاقة الجزئية تجعل صاحبها يحاول إخفائها وتعويض القصور الناجم عنها ويجعل التكيف معها أكثر عسرا . وتنتشر أعراض البارانويا لدى المصابين بالصمم الجزئي حيث يعتقد المريض أن المحيطين به يتكلمون فيما يخصه ويتآمرون عليه دون إن يتمكن من سامعهم وكذلك يغلب عليه سوء تأويل ما يسمع بسبب عدم وضوح الكلمات التي يسمعها .

٣- أسباب نفسية :

قد تنشأ حالات البارانويا عقب خبرة صدمية تعرض الفرد لاهتزاز عميق في قيمه ومثله كما تعلب الأسباب النفسية الأخرى مثل الإحباط ومواقف الفشل دورا في تفجر الأعراض ، ويلعب الصراع النفسي بين رغبات الفرد وإشباع دوافعه وخوفه من الفشل في إشباعها لتعارضها مع المعايير الاجتماعية والمثل العليا دورا هاما في نشأة وتكوين الأعراض الهذائية ، وترى نظرية التحليل النفسي أن تكون أعراض البارانويا ترجع إلى النكوص في بداية المرحلة الشرجية من مراحل النمو النفسي (مرحلة التدريب على النظافة) ، حيث يستخدم المريض ميكانيزم الإسقاط نتيجة لرغبات جنسية مثلية مكبوتة يتم إسقاطها على الآخرين(الطيب ، ١٩٩٤ : ٤٧٤)

•خصائص المريض الزوري أو البارانويدي :

1. يعتقد المريض اعتقادا (توهما) واحدا خاطئا يوجه إليه كل اهتمامه ويجعله موضوع أحاديثه ،

ويحاول أن يقنع الآخرين به مستعملا جميع الأساليب المنطقية .

2ـ يتميز الزور بأن محتواه شعور بالاضطهاد أو بالعظمة (غالبا) أو بأحد التوهمات الأخرى (غيرة أو إحالة أو توهم المرض ولكن بشكل نادر .

3ـ لا يترافق معها إطلاقا هلوسات ، وإذا وجدت فإن الحالة تصبح فصاما زوريا

4. الآليتان الدفاعيتان الأساسيتان فيه الإنكار والإسقاط يرافقها الإدماج

httpsamtah.netvbshowthread.phpt=31497

علاج البارانويا :

العلاج الطبي والعلاج النفسي في أن واحد ، ويتم ذلك بإدخاله المستشفي وتعطى له مطمئنات عن طريق الحقن إذا كان في حالة هياج ، إما في الحالات غير الخطيرة فتقدم عقاقير مضادات الذهان وتكون البداية صغيرة وتزداد ببطء حتى يتم التحسن مع إخضاعه للعلاج النفسي، وهذا مهم جدا لمساعدته في التخلص من ضلالاته وقوة الارتباط بالواقع

(الخالدي ، ٢٠٠٦ : ٤١٦)

تعقيب عام على الإطار النظري :-

لقد تناول الباحث في الفصل الثاني متغيرات الدراسة بإسهاب محاولا الإلمام بكافة التفاصيل المتعلقة في إثراء المفاهيم المرتبطة بتلك المتغيرات المتمثلة بالأفكار اللاعقلانية والاضطرابات النفسية بحيث تناول موضوع الأفكار اللاعقلانية بشكل مفصل مستعرضا نظرية العلاج العقلاني الانفعالي ومفاهيمها ونشأتها وتطورها واستعراض الأفكار اللاعقلانية من وجهة نظر مؤسس هذه النظرية ألبرت أليس ومن وجهة نظر بعض الباحثين العرب والخوض في تفاصيل الأفكار اللاعقلانية ومدرسة العلاج العقلاني الانفعالي ونظرتها للفرد وتصوراتها حول نشوء الاضطرابات النفسية ومسبباتها والطرق الإرشادية والعلاجية لتلك الأفكار من وجهة نظر تلك النظرية ، وتناول الباحث العديد من الاضطرابات النفسية ذات العلاقة بموضوع الدراسة وكان من أهما اضطرابات القلق النفسي بأنواعه المختلفة واضطراب الاكتئاب النفسي وبعض الاضطرابات الذهانية كالفصام والهذاء متناولا أعراض تلك الاضطرابات وطبيعتها بشكل مفصل ومعرجا على بعض الأساليب العلاجية والتفسيرات العلمية لتلك الاضطرابات بما يخدم موضع هذه الدراسة ، لقد اسمهم الجانب النظري في هذه الدراسة إسهاما كبيرا عاد على الباحث بالمعرفة والاستفادة العظيمة بما يفيد تفسيرات وتحليلات نتائج الدراسة الحالية ، وأتمنى أن يستفيد الباحثين من هذا الاستعراض النظري وأن يساهم في زيادة حصيلتهم ومعرفتهم .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

- دراسات تناولت الأفكار اللاعقلانية .
- دراسات تناولت بعض الاضطرابات النفسية .

الفصل الثالث

الدراسات السابقة

تمهيد:ـ

يتناول الباحث في هذا الفصل مجموعة من الدراسات السابقة العربية والأجنبية التي اهتمت بدراسة الأفكار اللاعقلانية بالإضافة إلى الدراسات التي اهتمت بدراسة الاضطرابات النفسية وقد تم تصنيف هذه الدراسات إلى:-

أولا: دراسات تناولت الأفكار اللاعقلانية

١ـ دراسة الريحاني (١٩٨٧):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيين والأمريكيين دراسة عبر ثقافية لنظرية أليس في العلاج العقلاني العاطفي ، حيث اهتمت هذه الدراسة بالتعرف على مدى انتشار الأفكار والمعتقدات اللاعقلانية بين الأردنيين والأميركيين وأثر كل من الثقافة والجنس في التفكير اللاعقلاني وطبيعة الأفكار التي تميز بين الأردنيين والأميركيين، حيث تكونت عينة الدراسة من (٤٠٠) طالب وطالبة من طلبة البكالوريوس في الجامعة الأردنية و(٤٤٠) طالب وطالبة من طلبة البكالوريوس أيضا في جامعة ولاية كارولينا الشمالية من جميع التخصصات واستخدم الباحث في هذه الدراسة الأدوات التالية

* اختبار الأفكار اللاعقلانية من أعداد وتصميم الباحث الذي يتكون من (١٣) بعدا تمثل (١٣) فكرة لاعقلانية.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه تنتشر نسبة الأفكار اللاعقلانية بين الطلبة الأردنيين بشكل عام بدرجة ٣٢,٢% وبين الطلبة الاميريكيين بشكل عام ١٢,٦% فقط أي أنه يوجد فروق داله بين مستوى انتشارها عند الطلبة الأردنيين والأمريكيين لصالح الطلبة الأردنيين كذلك نفس الشيء بالنسبة للذكور والإناث الأردنيين حيث زادت نسبة انتشار الأفكار اللاعقلانية عند الطلبة الذكور والطالبات الإناث من الأردنيين كما توصلت الدراسة أنه لا يوجد فروق بين الذكور والإناث في مستوى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين الذكور والإناث لدى الطلبة الأميركيين والأردنيين بشكل عام كما توصلت إلى وجود اثر ذات دلاله إحصائية لعامل الثقافة على التفكير اللاعقلاني لدى أفراد العينة .

٢- دراسة هوج و دفينباتشر Hogg & Deffenbacher (1988):

هدفت الدراسة إلى دراسة الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالغضب والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، وذلك على عينة قوامها(٢٣٦) طالباً وطالبة من طلاب الجامعة، و،استخدمت مقاييس للأفكار اللاعقلانية والغضب والاكتئاب من مقياس (MMPI)

واستخدم الباحثان معامل الارتباط كأسلوب إحصائي **وأظهرت النتائج ما يلي:**
انخفاض الغضب والاكتئاب لدى المجموعة التجريبية عند تصحيح الأفكار اللاعقلانية لديهم
وجدت فروق بين الذكور والإناث في الأفكار اللاعقلانية لصالح الذكور.

٣_ دراسة واطسون وآخرون (watson , et, al, 1989):

دراسة الهدف منها معرفة العلاقة بين القلق كحالة بالأفكار اللاعقلانية ووجهة الضبط والإحباط ، تكونت عينة الدراسة من (١٩٠) مريض نفسي ممن يتلقون العلاج في أحد المراكز الطبية بولاية مينسوتا .

واستخدم الباحث الأدوات الدراسة التالية :

١- مقياس القلق : إعداد سيلبرجر وآخرون (١٩٦٨م).

٢- مقياس الإحباط ، إعداد دانيال وفيشر (١٩٥٨م)

٣- مقياس الأفكار اللاعقلانية ، إعداد ماكادونا وجيمس (١٩٧٢م).

٤- مقياس وجهة الضبط الداخلي والخارجي ، إعداد روتر (١٩٦٦).

وجاءت نتائج الدراسة بأن هناك علاقة ارتباطيه بين الأفكار العقلانية والإحباط من جهة وبين الأفكار اللاعقلانية ووجهة الضبط الخارجي من جهة أخرى .

٤ – دراسة الشيخ (1990):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية لدى الأردنيين والأمريكيين والمصرين والتي هدفت إلى مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين عينة من طلاب الجامعة
الأردنية والأمريكية والمصرية، وهل يتأثر التفكير اللاعقلاني بعاملي الثقافة والجنس ،وأجريت الدراسة على عينة قوامها (٤٠٠) طالباً وطالبة من بين طلاب كلية التربية بالفيوم.

وتوصل الباحث إلى النتائج التي توصل إليها بحث سليمان الريحان (١٩٨٧م) فيما يخص العينة الأردنية والأمريكية، واستخدم اختبار الأفكار اللاعقلانية الذي وضعه سليمان الريحاني (١٩٨٥م) وتوصلت نتائج الدراسة إلى انتشار واسع للأفكار اللاعقلانية في المجتمعات الثلاث مع زيادة نسبتها لدى طلاب الجامعة الأردنية،وجد أن الجنس ليس له تأثير على الأفكار اللاعقلانية، في حين وجد أن هناك اختلاف يرجع لعوامل الثقافة وأنه لا يوجد دلالة إحصائية بالنسبة لتفاعل متغير الثقافة والجنس على الأفكار اللاعقلانية.

٥ – دراسة موري:murry (1990):

هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وعدم المقدرة على اتخاذ القرار،تألفت عينة الدراسة من (٥٠٠) طلاب وطالبات جامعة جبل سانت فنسيت.واستخدمت

الباحثة مقياس اتخاذ القرار،ومقياس الأفكار اللاعقلانية حول المهنة . وجاءت أبرز النتائج كالتالي:

* تناقص مستوى الأفكار اللاعقلانية مع ازدياد العمر والخبرة
* ازدياد مستوى الأفكار اللاعقلانية مع عدم الراحة
* لا توجد علاقة بين المستوى الكلي للأفكار اللاعقلانية وعدم القدرة على اتخاذ القرار.

٦_ دراسة فرج وعلاونه (١٩٩١):

دراسة بعنوان أثر تدريس مساق في التكيف والصحة النفسية في الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة ، حيث هدفت هذه الدراسة للتعرف على أثر تدريس مساق في التكيف والصحة النفسية في تغير الأفكار للاعقلانية لدى طلبة جامعة اليرموك ومعرفة إذا ما كان هنالك فروق بين الجنسين في هذا الأثر حيث تكونت عينة الدراسة البالغة (١٢٦) طابا وطالبة من مجموعتين الأولى تجريبية شملت عينة الطلاب المسجلين في مساق الصحة النفسية والثانية ضابطه من الطلاب المسجلين في مساق القياس والتقويم.

واستخدم الباحث اختبار الريحاني للأفكار اللاعقلانية كاختبار قبلي وبعدي على أفراد العينة التجريبية حيث أظهرت نتائج هذه الدراسة أن هنالك أثرا ذات دلاله لتدريس مساق التكيف والصحة النفسية في تقليل الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة كما انه لا يوجد هناك اثر لعامل الجنس في الأفكار اللاعقلانية.

٧_ دراسة عبد الرحمن وعبد الله (١٩٩٤):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية لدى الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم حيث هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وكل من حالة وسمة القلق ومركز التحكم لدى أفراد العينة حيث تكون عينة الدراسة من (٤٢٨) من الأطفال والمراهقين موزعين على ثلاث مجموعات فرعية شملت مرحلة الطفولة المتأخرة وعددهم (١٠٤) تلميذا وتلميذة من طلاب المرحلة الابتدائية ويتراوح مدى عمرهم من ١٠_١١ سنة ، ومرحلة المراهقة المبكرة وعددهم (٢٢٠) تلميذا وتلميذه من طلاب المرحلة الاعداية ويتراوح مدى عمرهم من ١٢_١٤ سنة ومرحلة المراهقة المتوسطة وتكونت من (١٠٤) تلميذا وتلميذة من طلاب الصف الأول الثانوي ويتراوح مدى عمرهم ١٥_١٦سنة واستخدم الباحثان في دراستهما الأدوات التالية

١_ مقياس الأفكار للاعقلانية للأطفال من إعداد هوير ولاين ترجمة وعدله للبيئة العربية الباحثان .

٢_مقياس مركز التحكم للأطفال من إعداد ناويكى وستريكلاند ترجمة فاروق عبد الفتاح.

٣_ مقياس القلق من إعداد سبيلبرجر ترجمة عبد الرقيب إبراهيم .
وخلصت نتائج الدراسة إلى إن هناك علاقة ارتباطيه بين الأفكار اللاعقلانية وحالة وسمة القلق عموما في حين لم تتوصل الدراسة إلى وجود علاقة مماثله بين الأفكار اللاعقلانية ومركز التحكم.

٨- دراسة سعفان (١٩٩٥):

دراسة بعنوان فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن الفروق بين مستوي التعليم والجنس في درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الشعور بالذنب، وكما هدفت إلى الكشف عن العلاقة
الارتباطية بين درجات الأفكار اللاعقلانية ودرجات الشعور بالذنب واشتملت عينة الدراسة على (٧٠) طالبا وطالبة من كلية التربية جامعة الزقازيق تمثلت العينة في (٤٠)طالب من الذكور، (٣٠) طالبة من الإناث.

واستخدم الباحث أدوات الدراسة التالية وهي:

١- مقياس الشعور بالذنب من إعداد الباحث ،مقياس الأفكار

٢- مقياس الأفكار اللاعقلانية من إعداد الباحث

وأسفرت النتائج عن عدم وجود فروق دالة إحصائية في درجة الأفكار اللاعقلانية تعزى للتعليم أو الجنس والتفاعل بينهما وتوصلت إلى انه لا يوجد علاقة ارتباطيه موجبة ودالة بين درجات الأفكار اللاعقلانية وأن درجة الشعور بالذنب تعزى للتعليم أو الجنس أو التفاعل بينهما كما وتوصلت نتائج الدراسة إلى فاعلية العلاج العقلاني الإنفعالي في خفض مستوى الشعور بالذنب.

٩ _ دراسة الرشدان (١٩٩٥م):

دراسة بعنوان العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات لدى طلبة الجامعة الأردنية حيث هدفت الدراسة التعرف على العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات لدى الطلبة المهددين بالفصل من الدراسة في الجامعة الأردنية، للعام الدراسي(١٩٩٤_١٩٩٥)الدراسة البالغ (٣٠١)، وهم الطلبة المهددون بالفصل في الفصل الثاني من ذلك العام، وأظهرت النتائج وجود علاقة ارتباطيه سالبة ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات . أي أنه كلما زادت أفكار الفرد اللاعقلانية،كلما انخفض تقدير الذات لديه . وقد تمثلت هذه الأفكار في الاعتمادية، وردود الفعل الإحباطية، والقلق الزائد، وتجنب المشكلات من ضمن الأفكار اللاعقلانية الواردة في اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية للريحاني (١٩٨٥م) المستخدم في الدراسة . واعتبر الباحث

أن هذه الأفكار تشكل أهدافا مباشرة للمرشدين الذين يتعاملون مع طلبة يعانون من انخفاض في تقدير الذات

١٠ – دراسة الشمسان (١٩٩٦):

دراسة بعنوان التفكير اللاعقلاني وعلاقته بالأعراض المرضية لدى طالبات الجامعة حيث هدفت الدراسة إلى الكشف على التفكير اللاعقلاني لدى طالبات الجامعة،وإذا ما كان التفكير اللاعقلاني له علاقة بالأعراض المرضية التي تعاني منها الطالبات في المرحلة الجامعية وتكونت عينة الدراسة من(399) طالبة من طالبات جامعة الملك سعود

واستخدمت الباحثة اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية من إعداد الريحاني وقد قامت الباحثة بحذف بعض العبارات لعدم دلالتها

وجاءت نتائج الدراسة كالتالي:

لا يوجد تفكير لا عقلاني منتشر أو شائع لدى الطالبات .

وجود علاقة ارتباطيه دالة بين التفكير اللاعقلاني والأعراض المرضية لدى طالبات الجامعة.

لا يوجد فروق في التفكير اللاعقلاني بين طالبات الأقسام الأدبية وطالبات الكليات العلمية.

١١– دراسة مزنوق (١٩٩٦):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين حيث هدفت الدراسة لمعرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين المراهقين في المرحلة المتأخرة من المراهقة و معرفة الفروق بين الجنسين (ذكور – إناث) في الأفكار اللاعقلانية و معرفة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وبين الضغوط النفسية.وتكونت عينة البحث من: (٣٣٢) طالباً وطالبة من طلبة جامعة عين شمس وجامعة حلوان ،منهم (٢١٦) من الإناث ،و (١١٦) من الذكور.

وأظهرت نتائج البحث:–

أسفر البحث الحالي عن مجموعة من النتائج أبرزها: ١– هناك تقارب في النسب المئوية بين الذكور والإناث على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية وهناك تقارب في الوزن النسبي بين الذكور وبين الإناث على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية يوجد فروق دال إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين الذكور والإناث على الدرجة الكلية لمقياس الأفكار اللاعقلانية والفرق لصالح الإناث ووجود فروق بين الجنسين على ستة أفكار لاعقلانية ، ثلاثة منها لصالح الإناث وهى الأفكار الخاصة بـ (المبالغة في طلب الحب والتأييد) و (الاعتمادية) و (الرغبة في التساوي في مقدار الحب) وثلاثة أخرى لصالح الذكور وهى الأفكار الخاصة بـ (توقع الكوارث والحذر منها) و (الرجل أهم من المرأة) و (الجدية والرسمية). وأنه توجد فروق دالة إحصائياً عند بين

الذكور والإناث على الدرجة الكلية لقائمة الضغوط اليومية والفروق لصالح الإناث وأنه لا يوجد أثر دال للجنس أو في تفاعله مع الأفكار اللاعقلانية على درجات أفراد العينة على قائمة الضغوط اليومية بينما وجد أثر دال للأفكار اللاعقلانية بمفردها على درجات قائمة الضغوط اليومية لدى أفراد العينة حيث كان مقدار حجم التأثير متوسط.

١٢_ دراسة عبد الله (١٩٩٧):

دراسة بعنوان اثر العلاج العقلاني في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي، حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على جوانب التشويه المعرفي وعلاقته بأعراض الاكتئاب والكشف عن العلاقة بين الأحكام التلقائية السلبية وضغوط الحياة وشدة أعراض الاكتئاب والتعرف على مدى فعالية العلاج العقلاني العاطفي في خفض شدة أعراض الاكتئاب ومستوى الضغوط النفسية وتعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي لدى عينة من طلبة وطالبات جامعة الزقازيق بمصر على عينة امبيريقية قوامها (٤٧٥) فردا حيث بلغ عدد الطلاب (٢٣٥) طالبا وعدد الطالبات (٢٤٠) طالبة من طلاب كليتين الآداب والتربية وتراوحت أعمار أفراد العينة مابين (١٩_٢١) سنه لتبلغ بعد ذلك العينة العلاجية (٢٠) فردا (١٠) طلاب و(١٠) طالبات .

حيث استخدم الباحث الأدوات الدراسية التالية

١_مقياس ضغوط الحياة من إعداد الباحث.

٢_القائمة المعرفية للاكتئاب تأليف بيك وآخرون(١٩٨٧) تعريب وتقنين الباحث.

٣_ استبيان الأحكام التلقائية السلبية إعداد ممدوحة سلامة (١٩٩٠)

٤_ مقياس التقدير الذاتي للاكتئاب تأليف زونج (١٩٨٨) إعداد رشاد عبد العزيز موسى

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه توجد علاقة موجبة دالة إحصائيا بين كل من الأحكام التلقائية وشدة أعراض الاكتئاب وأنه هناك علاقة أيضا بين مستوى الأحكام التلقائية السلبية ومستوى ضغوط الحياة وأن هناك علاقة إيجابية داله أيضا بين التشويه المعرفي وشدة درجة الاكتئاب وكذلك ضغوط الحياة وشدة أعراض الاكتئاب وأن هناك علاقة إيجابية داله بين فعالية العلاج العقلاني المعرفي و خفض شدة أعراض الاكتئاب ومستوى الضغوط النفسية وتعديل الأحكام التلقائية السلبية وجوانب التشويه المعرفي.

١٣- دراسة حسيب (٢٠٠٠):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس والتي هدفت إلى التعرف على العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب على عينة من طلاب المرحلتين المرحلة الثانوية والمرحلة الجامعية،وبلغت عينة الدراسة (٢١٧) طالبا وطالبة

وقد قام الباحث باستخدام الأدوات التالية:

1_ مقياس الأفكار اللاعقلانية.للأطفال والمراهقين للسيد عبد الرحمن (١٩٩٤ م) لمعرفة الأفكار اللاعقلانية

٢- واختبار الوحدة النفسية ترجمة الباحث نفسه وإعداده

وقد توصلت الدراسة إلى:

أنه يوجد علاقة دالة إحصائيا بين بعض الأفكار اللاعقلانية وكل من الشعور بالوحدة النفسية والاكتئاب وتوصلت إلى أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين منخفضي ومتوسطي ومرتفعي الوحدة النفسية والاكتئاب في الأفكار اللاعقلانية وكذلك توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك تأثير دال إحصائيا لعامل الجنس والاكتئاب والتفاعل بينهما على الأفكار اللاعقلانية.

١٤_ دراسة العقاد وقاعود ، (٢٠٠١):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك الهازم للذات لدى عينة من المراهقين والمراهقات حيث هدفت الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والسلوك الهازم للذات لدى عينة من المراهقين والمراهقات وكذلك معرفة الفرق بين النوعين (ذكور _ إناث) في الأفكار اللاعقلانية والسلوك الهازم للذات وكذلك معرفة الفروق بين طلاب القسم الأدبي والعلمي في ذلك على عينة قوامها (١٩٥) طالبا وطالبة من طلاب المرحلة الثانوية من الصف الثاني والثالث الثانوي (٩٥ من الذكور _ ١٠٠ من الإناث) من طلاب القسم الأدبي والعلمي (٩٥ المجموعة الأدبية _ ١٠٠ المجموعة العلمية) واستخدم الباحثان مقياس سليمان الريحاني١٩٨٥م لقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية ومقياس الشخصية الهازمة للذات الذي أعده للبيئة العربية عبد العزيز ١٩٩٩م مترجم عن تومماس تشيل وخلصت نتائج الدراسة أنه توجد علاقة ارتباطيه دالة بين كل من الأفكار اللاعقلانية والسلوك الهازم للذات بشكل عام وأنه لتوجد فروق دالة بين النوعين (ذكور _ إناث) على مقياس الأفكار اللاعقلانية إما بالنسبة للفروق في مستوى السلوك الهازم للذات فإن الدراسة خلصت إلى وجود فروق داله بين النوعين (ذكور_ إناث) لصاح الإناث على مقياس السلوك الهازم للذات كذلك خلصت الدراسة إلى وجود

فروق دالة بين المجموعتين الأدبية والعلمية لصالح المجموعة الأدبية في مستوى الأفكار اللاعقلانية بينما لتوجد فروق داله في مستوى السلوك الهازم للذات بين المجموعتين .

١٥_ دراسة إقزيط (٢٠٠٢):

دراسة بعنوان علاقة الأفكار اللاعقلانية بالعصابية لدى طلبة جامعة مصراته ، وهدفت الدراسة إلى التعرف على هل توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والعصابية وهل توجد فروق في الأفكار اللاعقلانية بين الذكور والإناث اللاعقلانية عند اختلاف التخصص الأكاديمي وهل توجد فروق دالة إحصائياً في العصابية بين الطلبة الذكور والإناث وعند اختلاف التخصص الأكاديمي أيضا ومعرفة مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية والعصابية لدى طلبة الجامعة

وتوصلت نتائج الدراسة إلى الأتي :

أنه توجد علاقة ارتباطيه ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والعصابية ،و توجد فروق دالة إحصائياً في الأفكار اللاعقلانية بين الذكور والإناث في العينة ككل لصالح الإناث . ولا توجد فروق دالة إحصائياً في الأفكار اللاعقلانية عند اختلاف التخصص الأكاديمي ،وأنه لتوجد فروق دالة إحصائياً في العصابية بين الطلبة الذكور والإناث وكذلك لتوجد فروق دالة إحصائيا في بعد العصابية بين الطلبة عند اختلاف التخصص الأكاديمي و تنتشر الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعة وكذلك تنتشر العصابية لدى طلبة الجامعة .

١٦_ دراسة حسن والجمالي (٢٠٠٢):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض المتغيرات الانفعالية لدى عينة من طلبة جامعة السلطان قابوس حيث هدفت الدراسة للكشف عن نسبة انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة كلية التربية ومدى علاقتها ببعض الاضطرابات الانفعالية المتمثلة ب(القلق والاكتئاب وقلق الاختبار والاغتراب) وهل هناك اختلاف بين الجنسين أم لا وهل يمكن التنبؤ بحدوث الأفكار اللاعقلانية من خلال هذه الاضطرابات وتكونت عينة الدراسة من(٢٠٤) طالبا وطالبة حيث استخدم الباحثان اختبار الأفكار اللاعقلانية للريحاني ١٩٥٨م ، ومقياس غريب للاكتئاب المقنن عن اختبار بيك ١٩٨٥م ومقياس قلق الاختبار الذي أعده للبيئة العربية الزهار وهوسيفر ١٩٨٥م ومقياس سمة القلق الذي أعده للبيئة العربية البحيري ١٩٨٤ومقياس الاغتراب الذي أعده للبيئة العربية أمير وحسن ١٩٨٩م وتوصلت نتائج هذه الدراسة أن الأفكار اللاعقلانية تنتشر بين الطلبة في حدها الأدنى ١٠,٢٩% في حدتها ٤٨,٥% في حدها الأعلى وأن الذكور أعلى من الإناث في فكرة لاعقلانية واحده وأن الإناث أعلى من الذكور فكرتين من الأفكار اللاعقلانية كما دلت النتائج على غياب أثر الجنس في انتشار الأفكار اللاعقلانية بين

الطلبة وأن هناك علاقة دالة بين الأفكار اللاعقلانية والاضطرابات الانفعالية عند مستوى دلالة ٠١، كما وكشفت عن إمكانية التنبؤ بحدوث الاضطرابات الانفعالية من خلال الأفكار اللاعقلانية.

١٧- دراسة عسكر(٢٠٠٢):

دراسة بعنوان فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تحسين مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة وهدفت الدراسة للتحقق من فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تعديل مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة . واشتملت العينة على أربعة وثلاثين طالبًا تراوحت أعمارهم بين (١٧ -٢٠). موزعة على مجموعتين، الأولى تجريبية تكونت من سبعة عشر طالبًا طبق عليهم البرنامج الإرشادي،ومقياس الأفكار اللاعقلانية، ومقياس مفهوم الذات، وأخرى ضابطة تكونت من سبعة عشر طالبًا طبق عليهم مقياس الأفكار اللاعقلانية ومقياس مفهوم الذات . أوضحت النتائج فعالية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي في تحسين مفهوم الذات، وفي تعديل الأفكار اللاعقلانية إلى أفكار أكثر عقلانية منطقية .

١٨- دراسة العلي بيك (٢٠٠٤):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالتوافق النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة الموصل حيث هدفت الدراسة إلى معرفة الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة جامعة الموصل والتعرف على التوافق النفسي والاجتماعي لدى طلبة جامعة الموصل ومعرفة طبيعة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والتوافق النفسي والاجتماعي وفقا للمتغيرات (الجنس،الصف الدراسي، التخصص الدراسي) وقد تحددت عينة الدراسة بطلاب المرحلتين الدراستين(الأول والرابع) وبالتخصصات العلمية والإنسانية وتكونت عينة الدراسة من (٥٧١) طالبا وطالبة من المستويين الدراسيين الأولى والرابعة ومن أربع مجاميع من الكليات المجموعة الطبية، المجموعة الهندسية، مجموعة العلوم الصرفة ، مجموعة العلوم الإنسانية

واستخدمت الباحثة المقاييس التالية وهي:

١- مقياس الأفكار العقلانية والعقلانية للريحاني (١٩٨٥ م) .

٢- ومقياس التوافق النفسي ولاجتماعي لجابر (١٩٩٥م).

وتم استخدام الأساليب الإحصائية التالية :معامل الارتباط بيرسون،الاختبار التائي،المتوسط الحسابي والانحراف المعياري،الاختبار الزائي.وتوصلت الدراسة للنتائج الآتية:

أن الأفكار اللاعقلانية منتشرة بين طلبة جامعة الموصل ولكن بدرجة ضعيفة توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة العلاقة ما بين الأفكار اللاعقلانية والتوافق النفسي الاجتماعي تعزى

للجنس ولصالح الذكور لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ما بين الأفكار اللاعقلانية والتوافق النفسي الاجتماعي لمتغير التخصص(علمي،إنساني).
توجد فروق ذات دلالة إحصائية في قوة العلاقة ما بين الأفكار اللاعقلانية و التوافق النفسي الاجتماعي تعزى لمتغير الصف الدراسي لصالح المستوى الرابع.

١٩- دراسة خليل (٢٠٠٤):

دراسة بعنوان مدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدى في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط وهدفت الدراسة إلى التعرف على فاعلية العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة من الطلاب المعلمين بكلية التربية .

وتكونت عينة الدراسة من (٤٦٧) طالب وطالبة بكلية التربية بالفرقة الثالثة جميع الشعب (١٩٢ طالباً ، ٢٧٥ طالبة)

واستخدم الباحث الأدوات الدراسية التالية :

١- استخدم الباحث مقياس الفوبيا الاجتماعية من إعداد الباحث.

٢- مقياس الأفكار اللاعقلانية لذوى الفوبيا الاجتماعية(من إعداد الباحث)

٣_ مقياس المهارات التو كيدية إعداد (طريف شوقى فرج ١٩٩٨)

٤- وبرنامجاً للعلاج العقلاني الانفعالي والتدريب على المهارات التوكيدية (من إعداد الباحث)

وقد اشتملت العينة الإكلينيكية على ٣٦ طالباً وطالبة وتم تقسيمهم إلى مجموعتين تجريبيتين وأخرى ضابطة.

وكانت نتائج الدراسة على النحو التالي :-

وجود علاقة ارتباطيه موجبة دالة إحصائياً بين الفوبيا الاجتماعية والأفكار اللاعقلانية ، كما أظهرت ارتباطا سالباً بين الفوبيا الاجتماعية والمهارات التوكيدية كما أظهر الإناث فوبيا اجتماعية أعلى من الذكور ، وأثبتت الدراسة فعالية كل من برنامج العلاج العقلاني الانفعالي والتدريب التوكيدى في خفض الفوبيا الاجتماعية لدى عينة الدراسة ولم تظهر الدراسة وجود فروق دالة إحصائياً بين المجموعتين التجريبيتين ، كما أظهرت نتائج المتابعة وجود فروق دالة إحصائياً بين متوسطي درجات أفراد مجموعة العلاج العقلاني على مقياس الفوبيا الاجتماعية بعد العلاج ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج كما أظهرت أيضاً نتائج المتابعة وجود فروق بين متوسطي درجات أفراد مجموعة التدريب على المهارات الاجتماعية بعد العلاج مباشرة ، ودرجاتهم بعد مرور شهر على العلاج في مقياس الفوبيا الاجتماعية.

٢٠_ دراسة احمد(٢٠٠٤):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى معلمي مدينة تعز ، حيث هدفت الدراسة للتعرف على مدى انتشار الأفكار اللاعقلانية بين المعلمين وهل لمتغير الجنس (ذكور – إناث) أثر على هذه الأفكار ومعرفة مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين وهل لمتغير الجنس (ذكور – إناث) أثر على مستوى الاحتراق النفسي وكذلك التعرف على ما إذا كانت هناك علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاحتراق النفسي لدى المعلمين ، وهل لمتغير الجنس (ذكور – إناث) أثر على هذه العلاقة ،وتكونت عينة البحث من (٣١٨) معلما ومعلمة منهم (١٢٩) معلما ، و(١٨٩) معلمة .

واستخدم الباحث أدوات الدراسة التالية وهما:-

١- مقياس الأفكار اللاعقلانية لدى المعلمين حيث قام الباحث ببنائه .

٢- مقياس (الوشلي ، ١٩٩٦) للاحتراق النفسي لدى المعلمين الذي أساسه مقياس (ماسلاك Maslach) حيث قام الباحث بتطويره .

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الآتية :-

أن الأفكار اللاعقلانية موجودة ومنتشرة لدى المعلمين والمعلمات حيث كانت متوسطات درجات المعلمين في مقياس الأفكار اللاعقلانية أعلى من الوسط النظري (الفرضي) للمقياس وأنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الأفكار اللاعقلانية بين المعلمين وفقا لمتغير الجنس (ذكور – إناث) فقد كانت الأفكار اللاعقلانية لدى الذكور أعلى من الإناث وكان مستوى الاحتراق النفسي لدى المعلمين بدرجة معتدلة وتوجد هناك علاقة ارتباط ذات دلالة إحصائية بين الأفكار اللاعقلانية والاحتراق النفسي لدى المعلمين ، وكان هناك دور لمتغير الجنس على هذه العلاقة.

٢١_ دراسة الشربيني (٢٠٠٥):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وبعض مصادر اكتسابها على عينة من طالبات جامعة الإمارات حيث هدفت الدراسة إلى معرفة مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية على عينة قوامها (٢٢٨) طالبة في فئة عمرية من(٢٠ _٢٧) سنة واستخدم الباحث مقياس الأفكار والمعتقدات من إعداده ولخصت نتائج الدراسة إلى أن النسبة المتوسطة لانتشار الأفكار اللاعقلانية هي ٦٠,٦٨% وشاعت هذه الأفكار حول الكمال الشخصي وفي الآخرين وطلب الاستحسان ، والقلق الزائد وعدم القدرة على التحكم في الأحزان وتوقع المصائب وأظهرت النتائج أن مصادر اكتساب الأفكار اللاعقلانية هي الأب بنسبة (٧٢,٢٢%)_ الأم (٤٤,٤٤%) _ الصديقات (١٦,٦٧%)_ المدرسة والجامعة (١١,١١%)_ وسائل الإعلام (١١,١١%) .

٢٢_ دراسة البنوي(٢٠٠٥):

دراسة بعنوان التسرب الدراسي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية حيث هدفت الدراسة إلى التعرف على العلاقة بين التسرب الدراسي والأفكار اللاعقلانية، من خلال معرفة الأفكار اللاعقلانية الشائعة لدى المتسربين، والمقارنة بين المتسربين وغير المتسربين في الأفكار اللاعقلانية وتكونت عينة هذه الدراسة من (٣٠٠) طالبا منهم (١٥٠) طالبا متسرباً،و(١٥٠)طالبا منتظما .واستخدمت الباحثة أدوات الدراسة التالية .

١- اختبار الأفكار اللاعقلانية من إعداد الريحاني(١٩٨٥م)

٢- استخدام المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية واختبار(ت)

٣- وجاءت نتائج الدراسة كالتالي:

أن الأفكار اللاعقلانية منتشرة بين المتسربين بمتوسطات متقاربة وأن متوسطات أداء المتسربين على مقياس الأفكار اللاعقلانية أعلى من متوسطات غير المتسربين باستثناء الفكرة الثانية والمرتبطة بابتغاء الكمال الشخصي حيث لا توجد فروق بين المجموعتين وعدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس على لدرجة الكلية للاختبار في حين كانت متوسطات الإناث أعلى من متوسطات الذكور على الفكرة المرتبطة بابتغاء الكمال الشخصي، في حين جاءت متوسطة الذكور أعلى من متوسطات الإناث على الفكرتين السابعة والمرتبطة بتجنب المشكلات والعاشرة المرتبطة بالانزعاج لمشاكل الآخرين.

٢٣_ دراسة عبد الغفار (٢٠٠٧):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب الجامعة ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى تحديد الأفكار اللاعقلانية المنبئة باضطراب الاكتئاب لدى عينة من طلاب جامعة بني سويف حيث تكونت عينة الدراسة من (٦٦٠) طالبا وطالبة ومداهم العمري من (١٧ _٢٠) عاما (٣٣٤) من الذكور (٣٢٦) من الإناث، من طلبة الكليات النظرية والعلمية ، حيث قامت الباحثة باستخدام الأدوات الدراسية التالية .

١_ مقياس الأفكار اللاعقلانية للأطفال والمراهقين عدله للبيئة العربية عبد الله وعبد الرحمن (٢٠٠٢)م.

٢_ مقياس ارون وبيك(١٩٧٦)م تعريب احمد عبد الخالق للبيئة العربية .

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى وجود علاقة دالة تنبئية بين الأفكار اللاعقلانية ومؤشرات الاكتئاب لصالح طلاب الكليات العلمية ،كما توصلت الدراسة لوجود فروق دالة بين الذكور والإناث في نسب انتشار الاكتئاب وكم ونوع الأفكار اللاعقلانية أيضا لصالح الإناث .

٢٤- دراسة أبو شعر (٢٠٠٧):

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية وعلاقتها ببعض المتغيرات حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة الأفكار اللاعقلانية لطلبة الجامعات الفلسطينية وعلاقتها ببعض المتغيرات حيث استخدام الباحث المنهج الوصفي التحليلي،حيث تم اختيار عينة الدراسة بالطريقة العشوائية البسيطة وبلغ عدد أفراد العينة(٤١٢) من طلبة الجامعات في قطاع غزة وهي(الإسلامية،الأزهر،الأقصى).

وقد استخدم الباحث اختبار

١_ الأفكار العقلانية واللاعقلانية من إعداد سليمان الريحاني(١٩٨٥م).

٢_مقياس الوعي الديني إعداد عبد الرقيب البحري وعادل الدمرداش(١٩٨٢م).

وقد قام الباحث بإجراءات الصدق والثبات للمقياسين. وقد استخدم الباحث المعاملات الإحصائية التالية:التكرارات والنسب المئوية،اختبار(ت) ، ومعامل ارتباط بيرسون ، وتحليل التباين الأحادي

ومن أهم نتائج هذه الدراسة ما يلي:

العلاقة عكسية بين الوعي الديني والأفكار اللاعقلانية .

الذكور لديهم أفكار لاعقلانية أكثر من الإناث

لا تختلف الأفكار العقلانية واللاعقلانية باختلاف مكان السكن .

ذوي الدخل المتوسط أكثر لا عقلانية من ذوي الدخل المرتفع ومن ذوي الدخل المنخفض.

طلبة المستوى الأول لديهم أفكار لا عقلانية أكثر من طلبة المستوى الرابع.

٢٥ - دراسة شاهين وحمدي (٢٠٠٧):

دراسة بعنوان درجة تقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين :علاقتها بالتفكير اللاعقلاني وفاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تحسينها حيث

تألفت هذه الدراسة من جانبين :وصفي وتجريبي وهدفت هدفت الدراسة الوصفية إلى معرفة العلاقة بين درجة تقدير الذات والتفكير اللاعقلاني لدى عينة من (249) طالبا وطالبة، منهم (119) من الذكور و(130) من الإناث، من طلبة منطقة رام الله والبيرة التعليمية في جامعة القدس المفتوحة، تم اختيارهم بطريقة عشوائية طبقية، آخذين بالاعتبار اختلاف النوع الاجتماعي للطلبة .أما الدراسة التجريبية فهدفت إلى استقصاء فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تحسين درجة تقدير الذات لدى هؤلاء الطلبة، وتكونت عينة الدراسة التجريبية من ستين طالبا نصفهم من الذكور، والنصف الآخر من الإناث، وطبق البرنامج الإرشادي على المجموعة التجريبية في اثنتي عشرة جلسة، مدة كل منها (٧٥- ٩٠) دقيقة، وبواقع جلسة واحدة أسبوعيا .

وطبق مقياسي الدراسة على المجموعتين التجريبية والضابطة بعد انتهاء البرنامج الإرشادي ,حيث أظهرت الدراسة النتائج التالية:

وجود ارتباط موجب بين درجة التفكير العقلاني ودرجة تقدير الذات لدى الطلبة ذكورا وإناثا . وأظهرت النتائج أيضا وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة المجموعتين التجريبية والضابطة في القياس البعدي على مقياس تقدير الذات، مما يشير إلى فاعلية البرنامج الإرشادي . كما أظهرت النتائج عدم وجود أثر للتفاعل بين البرنامج الإرشادي والنوع الاجتماعي على درجة تقدير الذات في القياس البعدي .وأظهرت نتائج الدراسة استمرارية فاعلية البرنامج الإرشادي العقلاني الانفعالي بعد المتابعة.

٢٦_ دراسة العويضة (٢٠٠٩):

دراسة بعنوان العلاقة بين الأفكار العقلانية واللاعقلانية ومستويات الصحة النفسية لدى عينة من طلبة جامعة عمان الأهلية وهدفت الدراسة إلى التعرف على نسبة كل من انتشار الأفكار العقلانية واللاعقلانية،ومستويات الصحة النفسية،والتعرف على العلاقة بينهم لدى عينة متاحة من طلبة جامعة عمان الأهلية، حيث بلغت عينة الدراسة (١٨١) طالبا وطالبة.

واستخدم الباحث الأدوات الدراسية التالية وهي:

١_ الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني(١٩٨٥م)

٢-ومقياس غولدبيرغ و ويليام في الصحة العامة

واستخدم الباحث المتوسطات الحسابية،والانحرافات المعيارية،والتكرارات والنسب المئوية

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

انتشار الأفكار اللاعقلانية لدى عينة الدراسة

عدم وجود فروق دالة إحصائيا في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير الجنس باستثناء الفكرة الخامسة والمرتبطة بالتهور الانفعالي لمصلحة الذكور.

عدم وجود فروق دالة إحصائيا في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير التخصص باستثناء الفكرة الثانية عشر والمرتبطة بالجدية و الرسمية لمصلحة الأردنيين.

عدم وجود فروق دالة إحصائيا في جميع الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغير التخصص.

٢٧- دراسة صابر(٢٠٠٩) :

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية المؤشرة باضطراب الشخصية كإحدى إشكالات الأمن الفكري حيث هدفت الدراسة الحالية إلى الكشف عن الأفكار اللاعقلانية كعوامل مؤشرة بالذهانية المأخوذة من مقياس الشخصية لأيزنك Eysenck وبالشعور بالوحدة وباضطراب الشخصية ،

وقد طبقت الاختبارات التي تقيس هذه المتغيرات على عينة من طلاب الجامعة قوامها ٢١٤ طالباً وطالبة (١٠٧ ذكور و ١٠٧ إناث).

وأوضحت نتائج الدراسة إلى ما يلي:

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الجنسين في بعض الأفكار اللاعقلانية ،حيث أوضحت النتائج أن الذكور أكثر ميلاً للاستنتاجات السلبية ، والقبول والرضا المطلق من الجميع ، والتأويل الشخصي للأمور ، والذهانية ، عن الإناث اللاتي يملن إلى الاعتمادية ، والكمالية المطلقة ، والتهويل والمبالغة في الأمور ، والتشوه في إدراك ، وفهم الناس ، والشعور بالوحدة . وكشفت النتائج عن أن بعض الأفكار اللاعقلانية ترتبط بكل من الذهانية ، والشعور بالوحدة . كما ارتبطت بعض أبعاد الأفكار اللاعقلانية بمستويات كل من الذهانية ، والشعور بالوحدة (المرتفعة – والمنخفضة – والمتوسطة) .

مما يدل على أن بعض الأفكار اللاعقلانية وهي الاستنتاجات السلبية ، والتعميمات الخاطئة ، الاستنتاجات السلبية ، والقبول والرضا المطلق من الجميع ، التشويه في الإدراك أو الفهم للناس ، القلق الناتج عن التهويل والمبالغة في الأمور تعد مؤشرات هامة لاضطراب الشخصية لدى كل من الجنسين .

٢٨- دراسة الغامدي (٢٠٠٩):

دراسة بعنوان التفكير العقلاني وغير العقلاني ومفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسيا والعادين بمدينتي مكة المكرمة وجدة حيث هدفت الدراسة التعرف على الفرق بين المتفوقين دراسيا والعادين في كل من التفكير ومفهوم الذات ودافعية الانجاز حسب المدينة وكذلك معرفة العلاقة بين التفكير ومفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى أفراد العينة وتكونت عينة الدراسة من (٤٠٠) طالب من طلاب المرحلة الثانوية بمدينتي مكة المكرمة وجدة .

واستخدم الباحث الأدوات الدراسية التالية .

١- مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية أعاد الريحاني (١٩٨٥م

٢- مقياس مفهوم الذات لدى المراهقين ، إعداد الباحث (١٤٢٩هـ)

٣- مقياس دافعية الانجاز لدى المراهقين ، إعداد الباحث (١٤٢٩هـ)

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية :

انتشار التفكير العقلاني بين المتفوقين وانتشار التفكير غير العقلاني بين العاديين وان هناك علاقة دالة بين التفكير ومفهوم الذات ودالة بين التفكير ودافعية الانجاز لدى المتفوقين فين لم توجد علاقة داله لدى العادين وانه توجد علاقة دالة إحصائيا بين مفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى العادين ولا توجد لدى المتفوقين . وانه لا يوجد فروق من حيث دافعية الانجاز ومفهوم الذات بين متفوقي وعاديي مدينة مكة المكرمة وجدة وتوجد فروق دالة إحصائيا بين متفوقي مكة

وجدة لصالح متفوقي مكة وفروق بين عاديي جده وعاديي مكة لصالح عاديي مكة من حيث التفكير .

٢٩ – دراسة الزهراني (٢٠١٠) :

دراسة بعنوان الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل حيث هدفت الدراسة للكشف عن طبيعة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وإدارة الوقت لدى طلاب جامعة حائل والتعرف على الفروق في درجات الطلبة على مقياس الأفكار اللاعقلانية و الفروق في درجات الطلبة على مقياس إدارة الوقت تبعا لاختلاف الجنس (ذكور ، إناث) والتخصص (أدبي ، علمي) والسنة الدراسية (السنتين الاوليتين ، السنتين الأخيرتين) وتكونت عينة الدراسة من (٣٦٦) طالبا وطالبة من طلاب جامعة حائل تمثلت في (١٦٠) ذكور و (٢٠٦) إناث حيث استخدم الباحث في هذه الدراسة المنهج الوصفي ، واستخدم الأساليب الإحصائية التالية : المتوسطات الحسابية والانحرافات المعيارية ومعامل الارتباط بيرسون واختبار (ت).

واستخدم الباحث الأدوات الدراسية التالية :

١ _ مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية إعداد سليمان الريحاني (١٩٨٥م) .

٢_ مقياس إدارة الوقت من إعداد الباحث (٢٠١٠م).

وتوصلت نتائج الدراسة إلى ما يلي :

توجد علاقة داله إحصائيا بين الأفكار اللاعقلانية وإدارة الوقت ، ولا توجد فروق بين الجنسين، ووجود فروق دالة إحصائيا في فكرة طلب الاستحسان وعلاقة الرجل بالمرأة لصالح الفروع العلمية ، و كان هناك فروق على فكرة اللوم الزائد لذات وللآخرين لصالح الذكور وفكرة الحلول الكاملة لصلح الإناث ، وان هناك فروق دالة إحصائيا بين الذكور والإناث في إدارة الوقت لصالح الذكور ووجود فروق في ادارة الوقت لصالح التخصص الأدبي ، وعدم وجود فروق دالة احصايئا في السنتين الأوليتين والسنتين الاخرتين .

تعقيب عام على الدراسات التي تناولت الأفكار اللاعقلانية .

يرى الباحث من خلال ما سبق سرده من الدراسات التي تناولت الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بعدة متغيرات مختلفة حسب كل دراسة يتضح لنا، أن أغلب الدراسات السابقة تتفق على نسبة مرتفعه بين مجتمعات الدراسة وعيناتها خصوصا طلبة الجامعات من حيث انتشار الأفكار اللاعقلانية ومنها دراسة الريحاني ، والشيخ ومنزوق وحسن والجمالي الخ ، ونلاحظ أيضا أن هناك فروق دالة إحصائيا في درجة المفحوصين على مقياس الأفكار اللاعقلانية تعزى لمتغيرات الجنس وانقسمت هذه الدراسات فيما إذا كانت تلك الفروق لصالح الذكور أم الإناث ففي دراسة العلي بيك ودراسة أبو شعر ودراسة احمد كانت الفروق لصالح الذكور بينما لصالح الإناث في دراسة مزنوق ودراسة عبد الغفار، في حين أشارت دراسة كل من الريحاني ، سعفان ، والعقاد ،اقزيط والعويضة ، فروج وعلاونه ، البنوي، إلى عدم وجود فروق دالة إحصائيا بين الجنسين .

ولاحظ الباحث أنه لم يكن هناك تباين كبير بين الدراسات السابقة على دراجات المفحوصين بالنسبة للأفكار اللاعقلانية من حيث التخصص حيث أن أغلب الدراسات أشارت إلى وجود فروق دالة إحصائيا وفقا للتخصص بينما اختلفت نسبة بسيطة من الدراسات معها بأنه لايوجد فروق دالة إحصائيا تبعا للتخصص الدراسي.

ويلاحظ أن مقياس الأفكار العقلانية واللاعقلانية لسليمان الريحاني(١٩٨٥) كان له نصيب الأسد في استخدامه كأداة قياس لتلك الأفكار.

وعلى وجه العموم لقد أشارت جميع الدراسات إلى وجود علاقة دالة إحصائيا بين الأفكار اللاعقلانية وبين متغيرات الدراسات المختلفة وان هناك اختلاف لا يعتبر جوهريا بالنسبة للمتغيرات الثانوية مثل الجنس والتخصص والمنطقة السكنية إلى أخره من متغيرات.

ويرى الباحث أن هذا الاختلاف له تبريراته طبقا لاختلاف مجتمعات الدراسات وعيناتها واختلاف الأدوات الدراسية المستخدمة واختلاف الأهداف الدراسية من حيث المتغيرات ، وكذلك اختلاف الفترات الزمنية بين تلك الدراسات والاختلافات هي التي تجعلنا دائما بحاجة إلى البحث والاطلاع والتدبر في الأمور ومقارنتها ببعضها البعض وصولا إلى أفضل النتائج التي تخدم البحث العملي .

لقد استفاد الباحث من تلك الدراسات استفادة عظمية حيث كان لها دورا مهما في صياغة أسئلة الدراسة وفرضياتها والاستفادة من الأدوات الدراسية التي استخدمتها الدراسات السابقة والأساليب الإحصائية المستخدمة ، كما أنها ساهمت في إثراء الإطار النظري لدى الباحث .

ثانيا: دراسات : تناولت بعض الاضطرابات النفسية

١ – دراسة شلبي (١٩٨٧):

دراسة بعنوان الرهاب الاجتماعي لدى السعوديين حيث تناولت الدراسة شيوع الرهاب الاجتماعي عند السعوديين على عينة قوامها (٣٠٥) منهم ٣٥ مريضا (٢٨ من الذكور و٧ من الإناث) بالرهاب الاجتماعي ممن تنطبق عليهم معاير الرهاب الاجتماعي الواردة في الدليل التشخيصي الأمريكي مع (٢٧٠)مريضا (١٢٠من الذكور و ١٥٠من الإناث) تم اختيارهم عشوائيا من مراجعي العيادة النفسية الخارجية في مستشفى الملك فيصل التخصصي بأمراض نفسية مختلفة ،

وقد أظهرت النتائج التالية :

إن الرهاب الاجتماعي من الاضطرابات الشائعة بين السعوديين ، حيث تمثل ١٣% تقريبا من جميع الاضطرابات العصابية التي فحصت بالعيادة وان الأشخاص المعرضين للرهاب الاجتماعي

هم من الشباب الذكور غير المتزوجين ، وذوى المستويات العلمية والمهنية الأعلى نسبيا .

٢– دراسة ليستر (Lester, 1989):

دراسة مركز الضبط والاكتئاب والتفكير الانتحاري. وكان من أهداف البحث التأكد من دراسة سابقة للباحث مع آخر، وحيث توصلا إلى أن المرضى ذوى النزعات الانتحارية يحصلون على درجات مرتفعة في الاعتقاد في الضبط الخارجي مقارنة بغيرهم ممن ليس لديهم مثل هذه النزعات.تكونت مجموعة الدراسة من ٤٠ فرد (٢٠ أنثى و٢٠ ذكر) من طلبة الجامعة، بمتوسط عمر ٢٤.١ سنة وانحراف معياري ٨.٦ . تم تطبيق مقياس بك للاكتئاب BDI ومقياس ليفنسون للضبط IPC ومجموعة أسئلة حول التاريخ الانتحاري. وقد أوضحت النتائج أن درجات المفحوصين على مقياس الاكتئاب قد ارتبطت بدرجاتهم على مقياس مركز الضبط بمعامل مقداره –٠.٢٤ (دال عند مستوى ٠.٠٠٥) كما تم ظهور ارتباط دال لتاريخ الأفكار الانتحارية بالاعتقاد في الضبط الخارجي، حيث وصل معامل الإرتباط بين الاعتقاد في ضبط الصدفة بتاريخ التفكير الانتحاري بمعامل ٠.٢٤ كما ارتبطت درجات المفحوصين على مقياس بك للاكتئاب بدرجاتهم على المقياس الفرعي لضبط الصدفة بمعامل ٠.٥٦ (دال عند مستوى ٠.٠٠١) .

٣- دراسة بولتن ، وتيرنز (١٩٨٩):

دراسة بعنوان قياس أثر بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج حالتين من مرضى الوساوس والأفعال القهرية حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على مدى فعالية بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج حالتين من مرضى الوساوس والأفعال القهرية الحالة الأولى لمراهق عمره الزمني (١٤) عاما ومعدل ذكائه (١١٨) واستخدم في علاجه منع الاستجابة وقد أشارت النتائج إلى حدوث انتكاسه بعد التحسن النسبي الذي حدث أثناء العلاج والحالة الثانية لمراهق عمره الزمني (١٤) عاما بمعدل ذكائه(٨٨) واستخدم في علاجه فنيتي
التعريض ومنع الاستجابة وقد أشارت النتائج إلى تحسن هذه الحالة .

٤ _ دراسة شلبي ورسلان (١٩٩٠).

دراسة بعنوان المخاوف الاجتماعية وعلاقتها بالقلق والاكتئاب والمتغيرات الديمغرافية لدى السعوديين .حيث هدفت الدراسة إلى مقارنة شدة أعراض الخواف الاجتماعي بمعدلات القلق و الاكتئاب و المتغيرات الديموغرافية ، وتضمنت عينت الدراسة (٨٠) مريضا من الذكور بالخواف الاجتماعي ، حيث تم تطبيق مقياس الانطواء الاجتماعي المأخوذ عن مقياس (MMPI) وكذلك مقياس ليدز (LEEDS) الذي يعتمد على التقييم الذاتي لفحص القلق ولاكتئاب ، وقد أوضحت الدراسة أن أعراض الخواف الاجتماعي ظهرت في فترة الطفولة بنسبة (٢٦%) وفي فترة المراهقة بنسبة (٤٦%) وفيما بعد سن ١٩ عام بنسبة (٢٧%) ، أي أن الأعراض تكون أكثر حدوثا في طور المراهقة ، وان (٢٠%) من المرضى وصفو أنفسهم بعدم التكيف أثناء الطفولة ، حيث كانوا مكبوتين وانطوائيين ولديهم عدد قليل من الأصدقاء ، وتشير نتائج الدراسة إلى أن اعرضا مثل القلق والتوتر وتجنب الآخرين هي علامات مميزة
للخواف الاجتماعي بالإضافة إلى عامل الاكتئاب (الخليفي ، ٢٠٠٥).

٥_ دراسة عطية (١٩٩١):

دراسة بعنوان الاعزاءات السببية لمرضى الاكتئاب ، حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة بعض أساليب الاعزاءات المسببة عن الأحداث السارة وغير السارة لدى عينة من مرضى الاكتئاب البسيط والعصابي لمعرفة الفروق بينهم في هذه الاعزاءات .
حيث استخدمت هذه الدراسة بالإضافة إلى انتقاء عينات المكتئبين الذين تم اختيارهم بمعرفة الأطباء السايكاتريين، استخدمت اختبار التقدير الذاتي للكشف عن أسلوب الفرد في تعليل الأحداث من إعداد بتيرسون وزملائه ١٩٨٤م تعريب وتقنين الباحث بحيث يقيس ثلاثة اعزائات سببية منها الذاتية ، الثبات ، العمومية .

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أنه لم تظهر فروق ذات دالة إحصائية بين كل من مجمعتي الاكتئاب البسيط والاكتئاب العصابي على أبعاد الاعزاءات السببية الثلاثة وأن هناك تشابه بالجوانب المعرفية الخاصة بالأعراض الاكتئابية بين هاتين المجموعتين باستثناء القلق الذي تتميز به مجموعة الاكتئاب العصابي والذي لا يمكن الكشف عنه في هذه الدراسة وفق المقاييس المستخدمة.

٦ – دراسة أبو هين (١٩٩٢م):

دراسة بعنوان القلق لدى الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة حيث هدفت الدراسة إلى دراسة الصحة النفسية لدى الأطفال المتأثرين بالعنف في قطاع غزة وتأثير الإحداث العنيفة التي يتعرض لها الطفل الفلسطيني على صحته النفسية والتعرف على نوع المشاكل السلوكية والنفسية التي تنتشر لدى الأطفال نتيجة تعرضهم للمواقف العنيفة وتكونت عينة الدراسة من (٨٧) طفل ممن تقع أعمارهم بين ٨-١٥ موزعين بين (٥٣)من الذكور و (٤٣) من الإناث من الأطفال المتضررين خلا الانتفاضة .

واستخدم الباحث الأدوات الدراسة التالية :

١- قائمة من المواقف الصعبة التي قد يكون تعرض لها الطفل خلال الانتفاضة

٢- اختبار المشاكل النفسية والسلوكية للأطفال وكلاهما من تصميم برنامج غزة للصحة النفسية

٣- اختبار مواقف الخوف والقلق.

٤- اختبار تقدير الذات للأطفال .

وقد أظهرت النتائج أن مشاهدة الأطفال لحدث عنيف يتعرض إليه الآخرون أمامه هو من أكثر المواقف تأثيرا عليه وأن وقعه عليه أشد على ذاته من التعرض الشخصي ومن النتائج النفسية السلوكية وأن ٥٠% من أطفال العينة لديهم مشكلات الأحلام المزعجة وأرق واضطرابات النوم وقد ظهرت الكوابيس التي تدور حول العنف لدى (٥٤%) من أطفال العينة كما أشارت الدراسات النهائية إلى أن (٣٥%)من أفراد العينة خالين من القلق والمخاوف و (٥٢%) منهم من أفراد العينة لديهم خوف ولكن بسيط و(١٣%) منهم يوجد لديهم خوف وقلق شديد .

٧_ دراسة عطا (١٩٩٣):

دراسة بعنوان تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة، هدفت هذه الدراسة على واقع متغيرات تقدير الذات والوحدة النفسية والاكتئاب وعلاقتهما يبعضهما البعض، حيث طبق الباحث الدراسة على عينة قوامها (١٤٨) طالبا من طلاب كلية التربية بجامعة الملك سعود وكلية المعلمين بالرياض .

حيث استخدم الباحث في دراسته الأدوات الدراسية التالية:

١_ مقياس الشعور بالوحدة من إعداد رسيل ١٩٨٢م أعده للبيئة العربية الشناوي ١٩٨٨م.
٢_ مقياس الاكتئاب من إعداد بك أعده للبيئة العربية غريب عبد الفتاح.
٢_ مقياس تقدير الذات من إعداد الدريني وآخرون .

وتوصلت الدراسة إلى النتائج الدراسة التالية إلى أن نسبة الحاصلين على تقدير ذات مرتفع ١٦% ونسبة الحاصلين على تقدير ذات منخفض بلغت ١١% والحاصلين على تقدير معتدل عن الذات ٧٢,٨% وأما بالنسبة للذين يعانون من وحدة نفسية بلغن أن الذين يعانون من وحدة نفسية مرتفعة ١٨% ونسبة الذين لا يعانون من وحدة نفسية ١٥,٤% وان الذين يعانون من وحدة نفسية متوسطة ٦٦,٢% وعن مستويات الاكتئاب لدى أفراد العينة توصلت الدراسة أن نصف أفراد العينة لا يعانون من اكتئاب حيث بلغت نسبتهم ٤٦,٣% وان هناك نسبة ١١,٧% لديهم مشاعر حادة في الاكتئاب وعن العلاقة بين تقدير الذات وكل من الوحدة النفسية والاكتئاب وجد أن هناك علاقة ارتباطيه دالة بينهم .

٨- دراسة السعدني (١٩٩٦):

دراسة بعنوان اثر برنامج علاجي باستخدام العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة اثر برنامج علاجي باستخدام العلاج الدوائي والعلاج السلوكي المعرفي وقد قام الباحث باختيار عينة كبيرة الحجم ،حيث قسمت مدينة الإسكندرية في مصر إلى (٣٠) منطقة ، وتم اختيار (٨٠) فرداً لا تقل أعمارهم عن (١٥) عاماً من كل منطقة ،وبلغ عدد الأشخاص الذين تمت مقابلتهم مع تطبيق المقياس العربي للوسواس القهري (٢٤٣٦) شخصاً، أما العينة الإكلينيكية فقد تكونت من (٢٤) مريضاً من اثنتين من المستشفيات، وقد استخدم الباحث المقياس العربي للوسواس القهري كأداة للدراسة ، وقام الباحث باستخدام المنهج الإكلينيكي في إجراء هذه الدراسة .وقد بينت نتائج هذه الدراسة أن عقار سيتالوبرام وكلوميبرامين والعلاج السلوكي المعرفي قد خفضت درجات المرضى على المقياس العربي للوسواس القهري بعد العلاج بالمقارنة إلى ما قبل العلاج ، وأنه لا فرق دالاً بين الأنواع الثلاثة من العلاج .

٩- دراسة ويبر (Weber, 1996):

العلاقة بين الضبط الداخلي – الخارجي والاكتئاب الداخلي endogenous والاكتئاب التفاعلي reactive لمجموعة من المرضى الإكلينيكيين. تكونت مجموعة المفحوصين الكلية للبحث من ثلاث مجموعات ضمت كل منها ٣٥ مفحوصاً. (مكتئبين، مرضى نفسيين، ثم مجموعة من العاديين). وقد تم تطبيق خمسة أدوات على المفحوصين أ- مقياس روتر للضبط I-E ب- مقياس بك للاكتئاب BDI جـ- قائمة الاكتئاب الداخلي والتفاعلي د- قائمة مسح

الأعراض ٩٠ المعدلة SCL – 90 – R ثم هـ- قائمة الصفات الاكتئابية DACL وأظهرت النتائج أن أ- الأفراد المكتئبين كانوا أكثر ارتفاعاً على الضبط الخارجي من العاديين (الفرق دال عند مستوى ٠.٠٠١) ب- وُجد ارتباط قوى دال بين الضبط الخارجي والاكتئاب حيث وصل معامل الارتباط إلى ٠.٦٩ (دال عند مستوى ٠.٠٠٠١).

١٠_ دراسة عبد اللطيف (١٩٩٧م):

دراسة بعنوان الاكتئاب النفسي : دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى بحث الفروق في الاكتئاب بين المصرين المقيمين في الكويت والكويتيين وبحث الفروق بين الجنسين حيث طبق الباحث هذه الدراسة على عينة قوماها (٢٠٨٨) فردا من الموظفين والموظفات منهم (١٠٢٥) من الكويتيين انقسمت إلى (٥٠٣) من الذكور و (٥٢٢) من الإناث والى (١٠٦٣) مصريا بواقع (٣١٧) من الذكور و(٧٤٦) من الإناث .

حيث استخدم الباحث في داسته مقياس بيك لقياس الاكتئاب وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه يوجد فروق ذات دلالة إحصائية بين العينتين المصرية والكويتية حيث ظهر على مقاييس بيك أن المصريون أكثر اكتئابا من الكويتيين ، وأنه لم تظهر فروق بين الجنسين في الاكتئاب بشكل عام ، ولكن كان هناك فروق بين الذكور والإناث الكويتيين بشكل خاص حيث تبين أن الذكور الكويتيين أكثر اكتئابا من الإناث بينما توصلت الدراسة إلى عكس ذلك بين المصريين حيث حصلت الإناث على نسبة أعلى في الاكتئاب من الذكور المصريين .

١١_ دراسة مرسي(١٩٩٧):

دراسة بعنوان أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي ،حيث تهدف هذه الدراسة لمعرفة مدى انتشار أزمة الهوية لدى الشباب الجامعي من الجنسين ومعرفة العلاقة بين أزمة الهوية والاكتئاب ومعرفة الفروق بين الجنسين في كل منهما على عينة دراسية قوامها (١٦٤) طالبا وطالبة (٩٢من الذكور _ ٧٢ من الإناث) .

حيث استخدم الباحث الأدوات الدراسية الآتية.

١_ مقياس الاكتئاب من إعداد غريب عبد الفتاح (١٩٨٥م) .

٢_ استبان هوية الأنا من أعداد الباحث .

حيث توصلت نتائج الدراسة إلي أن هناك (٣٣) طالبا وطالبة لديهم أزمة في تحديد الهوية ويمثلون نسبة ٢٠% من أفراد العينة وان هناك علاقة ايجابية بين كل من أزمة الهوية والاكتئاب وفق مقاييس الدراسة والى أنه لايوجد فورق بين الجنسين في درجة تحديد الهوية وأن هنالك فروق بين كل من الذكور والإناث في درجة الاكتئاب تعزى لصالح الإناث كما وظهرت لدى أفراد العينة من الذكور فروقا وفقا للترتيب الميلادي داخل الأسرة في هوية الأنا

١٢_ دراسة حمدي (١٩٩٨):

دراسة بعنوان علاقة مهارة حل المشكلات بالاكتئاب لدى طلبة الجامعة حيث هدفت هذه الدراسة لمعرفة العلاقة بين مهارة حل المشكلات والاكتئاب لدى عينة من طلبة المستويين الأول والثاني في كلية التربية لجامعتين عربيتين وهما الجامعة الأردنية على عينة قوامها(٢٩٠طالبا) من طلبة الجامعة وجامعة البحرين على عينة قوامها (١٤٤طالبا) من طلبة الجامعة.

واستخدم الباحث في هذه الدراسة الأدوات الدراسية التالية .

١_قائمة بيك للاكتئاب تعريب حمدي ورفيقاه ١٩٨٨م

٢_ مقياس نموذج هنبر لحل المشكلات تعريب وتقنين الباحث.

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن عدد الطلبة المكتئبين في الجامعة الأردنية بلغ (١٤٩طالبا) وغير المكتئبين (١٤١ طالبا) وأن عدد الطلاب المكتئبين في جامعة البحرين (٦٨) وان الطلبة المكتئبين عددهم (٧٦) وان إجمالي الطلبة في كلتا الجامعتين (٢٠٩) من غير المكتئبين و(٢٢٥) من الطلبة المكتئبين في درجات حل المشكلات بعد أن تم التعرف على الطلبة المكتئبين وغير المكتئبين في هذه الدراسة حيث قسموا إلى مجموعتين مكتئبين وغير مكتئبين توصلت النتائج إلى أنه يوجد هناك علاقة عكسية دالة بين كل من مهارات حل المشكلات والاكتئاب لدى طلبة الجامعتين .

١٣ – دراسة صفوت (١٩٩٩):

دراسة بعنوان العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري حيث هدفت هذه الدراسة إلى : فحص العلاقة بين الوسواس القهري وعدد من أبعاد الشخصية ومتغيراتها (الانبساط ، والعصابية ، والذهانية ، والاكتئاب ، ومصدر الضبط ، وتكامل الشخصية ، والدفعات الموجبة والتصلب) ، واستخدم الباحث في هذه الدراسة عينة غير عيادية أي من الأسوياء وتكونت من (٤٥٨) مفحوصا من الذكور والإناث من طلاب الجامعة ، واستخدم بطارية "المودزلي" للوسواس القهري ، ومقياس ايزنك للشخصية لقياس الانبساط ، والعصابية ، والذهانية ، والكذب ، ومقياس "بك " للاكتئاب ، ومقياس "تسني " لمفهوم الذات ، ومقياس "روتر " لمصدر الضبط ، فتوصلت النتائج إلى وجود فروق بين الجنسين في الدرجة الكلية على الوسواس القهري وفي الدرجة على وسواس المراجعة فقط ، كما أظهرت النتائج الخاصة بالفروق بين المرتفعين والمخفضين في الوسوسا القهري وجود فروق في العصابية وتكامل الشخصية فقط ، كذلك لم تستخلص أبعاد الوسواس القهري في عوامل مستقلة سواء لدى المرتفعين والمنخفضين وظهرت بعض المكونات متناقضة على أكثر من عامل ، مما يشير إلى أن المفهوم العام للوسواس القهري لا ينطبق بكل مكوناته سواء في مستوى التشخيص او المعالجة النفسية .

١٤- دراسة حجازي (٢٠٠١):

دراسة بعنوان فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية عند الأطفال من سن ٦- ١٢سنة العاديين والمصابين ببعض الاضطرابات النفسجسمية حيث هدفت الدراسة إلى البحث في التغيرات النفسية (القلق، والاكتئاب ، المخاوف المرضية)عند عينات من المصابين بالاضطرابات النفسجسمية وهي (الربو الشعبي العصبي، سكر الدم،الاكزيما) والأطفال العاديين وتنقسم عينة الدراسة إلى أربع مجموعات وتتمثل المجموعات الأربع فيما يلي المجموعة الأولى : مجموعة الأطفال المصابين بالربو الشعبي وعدد ٣٠طفل، المجموعة الثانية : مجموعة الأطفال المصابين بسكر الدم وعددهم ٢٠طفل، المجموعة الثالثة : مجموعة الأطفال المصابين بالأكزيما وعددهم ٢٠طفل، المجموعة الرابعة : مجموعة الأطفال العاديين وعددهم ٢٣طفل

واستخدم الباحث الأدوات التالية :_

١- مقياس القلق للأطفال د.أحمد عبد الخالق

٢-مقياس الاكتئاب د.أحمد عبد الخالق

مقياس المخاوف المرضية الفوبيات د.محمد عبد الظاهر الطيب-٣

وتوصلت الدراسة النتائج التالية .

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي في متغير القلق لصالح مرضى

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الاكزيما في متغير القلق لصالح مرضى الاكزيما

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى السكر في متغير القلق لصالح مرضى السكر

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي ومرضى السكر في متغير القلق لصالح مرضى

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الاكزيما في متغير الاكتئاب لصالح مرضى الاكزيما

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي في متغير الاكتئاب لصالح مرضى الربو

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي في متغير القلق لصالح مرضى الربو

أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى السكر في متغير المخاوف المرضية

لصالح مرضى السكر
أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الربو الشعبي في متغير المخاوف المرضية لصالح مرضى
أن هناك فروقاً دالة إحصائياً بين الأطفال العاديين ومرضى الاكزيما في متغير المخاوف المرضية لصالح مرضى الاكزيما.

١٥- دراسة ماكلاين McLean(٢٠٠١):

والتي هدفت إلى المقارنة بين العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي باستخدام فنية التعريض ومنع الاستجابة، في علاج الاضطراب الوسواس القهري. تكونت العينة من "٦٤" مشاركاً ممن يعانون من اضطراب الوسواس القهري، تم تقسيمهم إلى "٣٢" مشاركاً يعالجون بالعلاج المعرفي السلوكي، و"٣٢" مشاركاً يعالجون بفنية التعريض ومنع الاستجابة. ومجموعة ضابطة تمثلت في "٣٣" ممن هم على قائمة الانتظار لمدة ثلاثة أشهر، وتراوحت أعمار العينة من "١٨" إلى "٥٦" سنه بمتوسط عمري "٣٥" سنه. القائم بالدراسة). أظهرت الدراسة فاعلية كلٍ من برنامج العلاج المعرفي السلوكي، والعلاج السلوكي بفنية التعريض ومنع الاستجابة، في تخفيف أعراض الوسواس القهري لدى عينة الدراسة، وأن تفوق برنامج العلاج السلوكي بفنية التعريض ومنع الاستجابة نسبياً، ولكن لوحظ بعد فترة المتابعة أن امتداد أثر العلاج المعرفي
السلوكي أفضل من فنية التعريض ومنع الاستجابة فقط. وأوصت الدراسة بالدمج بين الأسلوبين.

١٦_دراسة الرميح (٢٠٠٢):

دراسة بعنوان التمييز بين القلق والاكتئاب باستخدام النموذجين المعرفي والوجداني ، حيث هدفت الدراسة إلى معرفة إمكانية التميز بين مرضى اضطراب القلق المعمم على عينة قوامها (٢٩) ومرضى اضطرابات الاكتئاب الأساسي على عينة قوامها (٢٤) من خلال استخدام النموذجين المعرفي والوجداني حيث استخدمت الباحثة في هذه الدراسة العديد من المقاييس ذات العلاقة ومنها :

١_قائمة بيك للقلق(١٩٨٨) ترجمها للبيئة العربية احمد عبد الخالق.
٢_ قائمة بيك للاكتئاب(١٩٨٧) ترجمها للبيئة العربية احمد عبد الخالق.
٣_ القائمة المعرفية وضعها بيك زوملائه(١٩٨٧).
٤_ استخبار الأفكار التلقائية السلبية إعداد هولين وكندل استخرجته الباحثة للبيئة العربية.
٥_استخبار الأفكار التلقائية الايجابية إعداد انجرام و سينكي استخرجته الباحثة للبيئة العربية .

حيث توصلت الدراسة إلى أن المحتوى المعرفي للاكتئاب له القدرة على التميز بين مرضى الاضطرابين في حين لم يظهر المحتوى المعرفي للقلق هذا التميز وأظهرت الدراسة أن الأفكار التلقائية الايجابية من الأعراض التي تميز بين القلق والاكتئاب وبينت الدراسة أن أفضل مقياس يصلح للتميز بين الاضطرابيين هي القائمة المعرفية للاكتئاب يلها القائمة المعرفية للقلق ثم يليها استخبار الأفكار التلقائية الايجابية وخلصت الدراسة بشكل عام أن استخدام النموذجين معا لم يزد في التميز بين القلق والاكتئاب وأن للجوانب المعرفية قدرة
كافية على التميز بين مجموعتين المرضى.

١٧_ دراسة عياد (٢٠٠٣):

دراسة بعنوان تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى التعرف على الارتباط والعلاقة وبين تقدير الذات وكل من القلق كحالة وسمه والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد ومعرفة الفرق بين المتعاطين وغير المتعاطين في تقدير الذات والقلق والاكتئاب ، حيث قامت الباحثة بإجراء الدراسة على عينة قوامها (٩١) منهم (٤٦) من المتعاطين و(٤٥) من غير المتعاطين .
حيث استخدمت الباحثة الأدوات الدراسية الآتية

١_ مقياس القلق من تأليف سبيلبيرجر وزملائه (١٩٨٤م) تعريب احمد عبد الخالق (١٩٩٢م).

٢_ مقياس بيك وسيتر للاكتئاب (١٩٩٣م) تعريب احمد عبد الخالق (١٩٩٦م).

٣_مقياس روزنبرج (١٩٦٨م) تعريب جاسم الخواجة (١٩٨٨م) .

وتوصلت نتائج الدراسة إلى انه يوجد هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين المتعاطين وغير المتعاطين في كل من تقدير الذات والقلق والاكتئاب حيث كشفت الدراسة أن المتعاطون هم أكثر قلقا وأكثر اكتئابا وانخفاضا في تقدير الذات كما وتوصلت الدراسة انه يوجد هناك ارتباطا سالبا بين تقدير الذات والاكتئاب وأن هناك ارتباطا أيضا بين تقدير الذات والاعتماد حيث تبين أن المعتمدين على مقياس تقدير الذات لديهم تقدير ذات منخفض أكثر من غير المعتمدين.

١٨-دراسة جودة (٢٠٠٤):

دراسة بعنوان الوسواس القهري على عينات فلسطينية"، حيث هدفت هذه الدراسة التي إلى تحديد المكونات الأساسية لاضطراب الوسواس القهري ، كما تهدف إلى الكشف عن الفروق في اضطراب الوساوس القهرية ، وما قد تنطوي عليه من عوامل طائفية بين الجامعات الفلسطينية ، وتكونت عينة الدراسة من (٦٠٠) طالباً وطالبة وقد اختير أفراد العينة بالطريقة العشوائية.

وقد استخدمت الباحثة أداة لهذه الدراسة وهي المقياس العربي للوسواس القهري الذي أعده (أحمد عبد الخالق ١٩٩٢) .

واعتمدت الباحثة المنهج الوصفي التحليلي لمعرفة معدلات الوسواس القهري لدى الطلاب .

وقد توصلت نتائج الدراسة إلى الأتي:

على أن الأثاث أكثر عرضة من الذكور للوسواس والأفعال القهرية وكما أظهرت النتائج عن فروق دالة إحصائية عند مستوى ٠.٠٠١ لمتغير التخصص ، والفروق كانت لصالح القسم العلمي ، كما أشارت النتائج إلى أنه يمكن تطبيق هذا الاختبار على البيئة الفلسطينية ، كما أظهرت النتائج إلى أنه يوجد تشابه بين بعض الجامعات العربية مع الفلسطينية وهنا اختلاف مع بعض الجامعات العربية الأخرى مع الجامعات الفلسطينية.

١٩- دراسة الانصاري (٢٠٠٤):

دراسة القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية دراسة ثقافية مقارنة حيث هدفت الدراسة للتعرف على معدلات القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية فضلا عن التعرف على الفروق في معدلات القلق بين الشباب في تسعة بلدان عربية هي (الكويت، والسعودية، والإمارات، وعمان، ومصر، وفلسطين، والأردن، و سوريا، ولبنان)

وتكونت من (٢٦٢٠) طالباً وطالبة يدرسون بجامعات عربية حكومية (جامعة الكويت بالكويت، وجامعة الملك فيصل في السعودية، و جامعة الإمارات العربية في الإمارات، و جامعة الإسكندرية في مصر، وجامعة نابلس في فلسطين، وجامعة اليرموك في الأردن، و جامعة دمشق في سوريا، و والجامعة اللبنانية في لبنان) بواقع (٣٢٤) فرداً من الكويتيين، و(٣٠٠) فردٍ من السعوديين، و(٢٠٨) فرداً من الإماراتيين، و(٣٠٤) من العُمانيين، و(٣٠٠) فرداً من المصريين، و(٢٨٥) فرداً من الفلسطينيين، و(٢٥٣) فرداً من الأردنيين، و(٣٤٦) فرداً من السوريين، و(٣٠٠) فرداً من اللبنانيين واستخدم الباحث أداة ومقياس جامعة الكويت للقلق وكشفت النتائج عن فروق جوهرية بين عينات الدراسة في القلق وذلك على النحو التالي

*الكويتيون أكثر قلقاَ من الإماراتيين وأقل قلقاَ من المصريين، والفلسطينيين، والأردنيين في حين لم تظهر فروق جوهرية بين الكويتيين وكل من السعوديين والعمانيين والسوريين واللبنانيين في القلق.

*السعوديون أكثر قلقاَ من الإماراتيين وأقل قلقاَ من المصريين والفلسطينيين والأردنيين والسوريين في حين لم تظهر أي فروق جوهرية بين السعوديين وكل من العمانيين واللبنانيين والكويتيين.

*الإماراتيون أقل قلقاَ من العمانيين والمصريين والفلسطينيين والأردنيين والسوريين والكويتيين

والسعوديين في حين لم تظهر فروق جوهرية بين الإماراتيين واللبنانيين .
*العمانيون أكثر قلقاً من الإماراتيين وأقل قلقاً من المصريين والفلسطينيين والأردنيين في حين لم تكشف النتائج عن وجود فروق جوهرية بين العمانيين وكل من الكويتيين والسعوديين واللبنانيين.

*المصريون أكثر قلقاً من الكويتيين والسعوديين والإماراتيين والعمانيين والسوريين واللبنانيين في حين لم تكشف النتائج عن فروق جوهرية بين المصريين وكل من الفلسطينيين والأردنيين.
*الفلسطينيون أكثر قلقاً من الكويتيين والإماراتيين والعمانيين والسوريين واللبنانيين في حين لم تكشف النتائج عن وجود فروق جوهرية بين الفلسطينيين وكل من الأردنيين و المصريين.
*الأردنيون أكثر قلقاًً من الكويتيين والسعوديين والإماراتيين والعمانيين والسوريين واللبنانيين في حين لم تكشف النتائج عن وجود فروق جوهرية بين الأردنيين وكل من المصريين. والفلسطينيين.
*السوريون أكثر قلقاً من السعوديين والإماراتيين واللبنانيين وأقل قلقاً من كل من المصرين والفلسطينيين والأردنيين في حين لم تكشف النتائج عن وجود فروق جوهرية بين السوريين وكل من الكويتيين والعمانيين.

*اللبنانيون أقل قلقاً من المصريين والفلسطينيين والأردنيين والسوريين في حين لم تكشف النتائج عن وجود فروق جوهرية بين اللبنانيين وكل من الكويتيين والسعوديين والإماراتيين والعمانيين.

٢٠ _ دراسة عباس وعبد الخالق (٢٠٠٥):

دراسة بعنوان اتجاهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الو الدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المراهقين والمراهقات الكويتيين ، حيث هدفت هذه الدراسة إلى معرفة العلاقة بين اتجاهات الأبناء من الجنسين نحو أساليب المعاملة من قبل كل من الوالدين على حدة ، وبين الأعراض الاكتئابية لدى هؤلاء الأبناء حيث أجريت هذه الدراسة على عينة قوامها (٧٢٤) طالبا وطالبة (٣٧٧) طالبا (٣٤٧) طالبة من طلاب مدارس الثانوية في مختلف محافظات دولة الكويت .
حيث استخدم الباحثان الأدوات الدراسية الآتية:

١_ مقياس الاكتئاب متعدد الأبعاد للأطفال والمراهقين تأليف احمد عبد الخالق(٢٠٠٤م).

٢_ مقياس التنشئة الاجتماعية إعداد زين الدين درويش (١٩٨٧م).

وتوصلت نتائج الدراسة إلى أن البنات ينظرن بشكل ايجابي أكثر من الأولاد نحو جميع أساليب التنشئة من قبل الأب ماعدا أسلوبي الحماية المعتدلة وتنمية الاستقلال الذاتي ، وحصلت البنات أيضا على درجات أعلى من الأولاد في الاتجاه الايجابي نحو أسلوبي التسامح والمساواة من قبل الأم ، في حين حصل الأولاد على درجات أعلى من البنات في الاتجاه الايجابي نحو أسلوب

توفير الحماية المعتدلة من قبل الأم ، وحصلت البنات على درجات أعلى في الاكتئاب من الأولاد بشكل عام وان هناك علاقة ارتباطيه بشكل عام بين كل من الاتجاهات في المعاملة الوالية والاكتئاب لدى أفراد العينة لصالح الإناث أعزيت حسب المقاييس إلى الاتجاه السلبي لديهن في أسلوب الحماية المعتدلة وتنمية الاستقلال الذاتي من
قبل الوالدين .

٢١_ دراسة البشر(٢٠٠٥):

دراسة بعنوان التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد، حيث تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن العلاقة بين التعرض للإساءة في الطفولة والمشكلات النفسية كالقلق والاكتئاب التي قد يتعرض لها الفرد مستقبلا وكذلك العلاقة بين التعرض للإساءة في الطفولة واضطراب الشخصية الحدية في الرشد ومحاولة التعرف على مدى إسهام التعرض للإساءة في الطفولة في التنبؤ بظهور بعض الاضطرابات النفسية ، حيث أجريت هذه الدراسة على عينة قوماها (٧٩) من طلبة الهيئة العامة للتعليم التطبيقي بدولة الكويت وكانت العينة منقسمة إلى (٥٥_ ذكور_ ٤٢_ إناث)
واستخدمت الباحثة في دراستها الأدوات الدراسية التالية .

١_ استمارة جمع بيانات عامة من إعداد الباحثة تتضمن: الجنس والعمر والحالة الاجتماعية والمستوى التعليمي.

٢_ استخبار اضطراب الشخصية الحدية من إعداد وتصميم الباحثة .

٣_ استخبار التعرض للإساءة وهو من إعداد وتصميم الباحثة

٤_ قائمة سمة القلق أعاد سبيلبيرجر وزملاؤه(١٩٦٤م) أعده للبيئة العربية احمد عبد الخالق (١٩٩٢م).

وتوصلت نتائج هذه الدراسة إلى أنه يوجد هناك علاقة وارتباط دال إحصائيا بين التعرض للإساءة في الطفولة وكل من القلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد وبينت النتائج أنه لا توجد فوارق دالة بين كل من الذكور والإناث على متغيرات الدراسة بشكل عام ، وبينت أن التعرض للإساءة في الطفولة يعد منبئا لحدوث مشكلات نفسية في الرشد ، كالقلق والاكتئاب والاضطرابات الشخصية الحدية .

٢٢- دراسة مخيمر(٢٠٠٦):

دراسة بعنوان الاضطرابات النفسية الشائعة لدى عينة من أبناء العاملين المصريين في مدينة مكة المكرمة حيث استهدفت الدراسة محاولة الكشف عن بعض الاضطرابات النفسية الشائعة لدى عينة من أبناء العاملين المصريين في مدينة مكة المكرمة في ضوء بعض المتغيرات وهي:

الجنس، السن، مدة الإقامة، عدد الأبناء في الأسرة، ومهنة الأب،وقد تكونت عينة الدراسة في صورتها النهائية من مجموعة كلية قوامها (٢٠٠) مراهقاً ومراهقة من أبناء العاملين المصريين في مدينة مكة المكرمة، وقد طبق عليهم الباحث استمارة جمع بيانات أولية للحصول على بعض البيانات مثل الجنس والسن ومدة الإقامة وحجم الأسرة ومهنة الوالد ومهنة الأم ومتوسط الدخل الشهرى للأسرة، وكذلك لتحقيق أكبر قدر من التجانس بين أفراد العينة، ومقياس الحالة النفسية للمراهقين والراشدين من إعداد محمود حمودة، وإلهامي إمام (١٩٩٦).

وقد توصلت الدراسة إلى أن ترتيب الاضطرابات النفسية الشائعة لدى عينة الدراسة قد جاء على النحو التالي :

اضطراب التأقلم – القلق العام – نقص الانتباه – التهتهة – اضطراب السلوك – الاكتئاب – اضطراب الحركة – الوسواس – الهوس – هستريا تحولية وتوهم مرض – الاضطراب الضلالى – أزمة الهوية. كما أظهرت النتائج عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية في الاضطرابات النفسية بين أفراد عينة الدراسة ترجع إلى متغير الجنس. كما أشارت النتائج إلى وجود فروق دالة إحصائياً عند مستوى (٠.٠١) بين أفراد العينة الأصغر سناً والأكبر سناً في الاضطرابات النفسية التالية: اضطراب التأقلم، القلق العام، الاكتئاب، نقص الانتباه، اضطراب السلوك. وكانت هذه الفروق لصالح أفراد العينة الأصغر سناً. هذا، بينما لا توجد فروق في الاضطرابات النفسية التالية: أزمة الهوية، الهوس، هستريا تحولية وتوهم مرض، التهتهة، اضطراب الحركة، الاضطراب الضلالي، الوسواس، الدرجة الكلية ترجع لمتغير السن. كما توصلت الدراسة إلى وجود تأثير دال لمتغير مدة الإقامة على تباين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الاضطرابات النفسية المستخدم، وقد جاءت هذه الفروق لصالح أفراد المجموعة التي مدة إقامتها (١ – ٢) سنة، كما بينت النتائج وجود تأثير دال لمتغير عدد الأبناء في الأسرة على تباين درجات أفراد عينة الدراسة في مقياس الاضطرابات النفسية المستخدم، وقد جاءت هذه الفروق لصالح أفراد المجموعة التي فيها ابن وحيد، كما أوضحت النتائج عدم وجود تأثير دال لمتغير مهنة الأب على تباين درجات أفراد عينة الدراسة في

مقياس الاضطرابات النفسية المستخدم.

٢٣- دراسة الاغا (٢٠٠٩):

بعنوان دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي **حيث** هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مدى فاعلية البرنامج العلاجي السلوكي للأفعال والأفكار في علاج الوسواس القهري لدى مرضى الوسواس القهري

واستخدام الباحث أدوات الدراسة التالية :

١–المقياس العربي للوسواس القهري

٢– واستخبار آيزنك للشخصية E.P.Q .

وقد قام الباحث بتطبيق هذه الأدوات على عينة الدراسة المكونة من (٢٠) مريض من مرضى الوسواس القهري موزعين على (١٠) مرضى مصابين باضطراب وسواس الأفكار القهري ، و(١٠) آخرين مصابين باضطراب وسواس الأفعال القهري .

وقد توصلت الدراسة إلى أن متوسط بعد الانبساط (الانطواء) عند المرضى بلغ ٨.٧ درجة وبانحراف معياري ٣.٨، وبوزن نسبى (٤١.٢%) ، وأن متوسط بعد الشخصية العصابية عند مرضى الوسواس القهري بلغ ١٦.٠ درجة وبانحراف معياري ٢.٧، وبوزن نسبى (٦٣.٨%) ، وأن متوسط بعد الشخصية الذهانية عند المرضى بلغ ١٨.٦ درجة وبانحراف معياري ٣.٩، وبوزن نسبى (٨٠.٩%) ، تبين أن متوسط بعد الكذب (الجاذبية الاجتماعية) عند المرضى بلغ ١٢.٩ درجة وبانحراف معياري ٢.٤ ، وبوزن نسبى (٦١.٢%) ، وأشارت النتائج إلى القياس القبلي ودرجات البعدي في مقياس الوسواس القهري ، والفروق كانت لصالح القياس البعدي .

٢٤ – دراسة الشهري (٢٠١٠):

دراسة بعنوان القيم الخلقية و علاقتها بالعصابية دراسة ميدانية على عينة من طالبات كلية التربية للبنات بمدينة الرياض حيث هدفت الدراسة إلى معرفة الفروق بين التمسك بالقيم الخلقية و معاناة أو خلو الطالبة من العصابية على عينة بلغ عددها (٢٥٣) طالبة من الفرقتين الأولى و الرابعة من الأقسام الأدبية و العلمية بواقع (١٥٩) طالبة في الأقسام الأدبية و (٩٤) طالبة في الأقسام العلمية . كما عرضت الباحثة أيضا و صفا للأدوات المستخدمة و أجرت التحقق من صدقها و ثباتها.

واستخدمت الباحة الأدوات التالية:

١– مقياس القيم الخلقية _ إعداد الباحثة

٢ – مقياس العصابية _ ل (أيزنك) إعداد ميسرة طاهر

وتوصلت الدارسة إلى النتائج التالية:

وجود ارتباط سالب دال إحصائيا بين القيم الأخلاقية و العصابية.

وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات الفرق الأولى و بين طالبات الفرق الرابعة في التمسك بالقيم الخلقية لصالح الفرق الأولى.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات الأقسام الأدبية و بين طالبات الأقسام العلمية في التمسك بالقيم الخلقية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات الفرق الأولى وبين طالبات الفرق الرابعة في العصابية.

عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين طالبات الأقسام الأدبية وبين طالبات الأقسام العلمية في العصابية.

تعليق عام على الدراسات التي تناولت بعض الاضطرابات النفسية :

لاحظ الباحث أن الدراسات السابقة التي تناولت موضوعات حول الاضطرابات النفسية اتجهت نحو دراسة القلق النفسي والاكتئاب العصابي وكذلك الوسواس القهري والأساليب العلاجية المهمة مع العديد من الاضطرابات والمخاوف المرضية، في حين لم يكن هناك دراسات كافية على حد سعة واطلاع الباحث قد تناولت مجموعة الاضطرابات النفسية ككل من خلال قائمة الأعراض المرضية ، ولكن كان لهذه الدراسات دور كبير في التعرف على طبيعة بعض الاضطرابات النفسية من خلال خصوصية كل دراسة على حده، فهناك الدراسات التي تناولت القلق النفسي بتصنيفاته كالقلق العام والوسواس القهري والرهاب لاجتماعي إلى آخره من تصنيفات أشارت إلى العلاقات السببية في نشأة اضطرابات القلق ومدى انتشارها والاختلافات بين الحضارات وبين الجنسين وطبيعة التنشئة الاجتماعية، ومنها من أشار إلى وجود اختلافات بين الجنسين لصالح الذكور خصوصا في القلق النفسي ، والبعض أشار أنها لصالح الإناث خصوصا فيما يتعلق بالوسواس القهري، وبعض الدراسات انقسمت فيما إذا كانت الفروق لصالح الذكور أم الإناث.

وكان لهذه الدراسات أهمية كبيرة في التعرف على الأساليب العلاجية التي يمكن استخدامها مع تلك الاضطرابات، والتعرف على الأساليب التربوية التي قد تضر وتزيد من ظهور اضطرابات القلق النفسي .

وهناك الدراسات التي تناولت الاكتئاب العصابي وأشارت إلى نسبة انتشاره واختلافه بين الحضارات من حيث الانتشار وكذلك من حيث الدرجة والجنس والاختلاف فيما إذا كانت نسبة الانتشار أكثر لدى الذكور أم الإناث تبعا لاختلاف الحضارة والطبقات الاجتماعية.

وعلى وجه العموم لقد أثرت تلك الدراسات حول بعض الاضطرابات النفسية اثراءا عظيما وعرجت على جميع فئات وشرائح المجتمع من طلاب وكبار وأطفال ومغتربين ومرضى وأصحاء ومضطربين نفسيا وأسوياء .

وكان لها أهمية كبيرة في إثراء الدراسة الحالة من معلومات كبيرة أسهمت في الإلمام بجوانب مهمة حول طبيعة وماهية بعض الاضطرابات النفسية .

الفصل الرابـع

الطريقة والإجراءات

* تمـهيد.
* فروض الدراسة.
* منـهج الدراسة .
* مجتمع وعينـة الدراسة .
* أدوات الدراسة.
* المعالجات الإحصائيـة.

الفصل الرابع

تمهيد :_

يتناول الباحث في هذا الفصل الخطوات والاجرائات التي تمت في الجانب العملي من هذه الدراسة من حيث منهجة الدراسة ، ومجتمع وعينة الدراسة والأدوات الدراسية المستخدمة وكذلك المعالجات الإحصائية التي استخدمت في تحليل البيانات ومعرفة مدى صدقها وثباتها ، وبالاطلاع على نتائج الدراسات السابقة قام الباحث بصياغة فروض الدراسة على النحو التالي:

فروض الدراسة :

١_ توجد علاقة ذات دلاله إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى أفراد العينة.

٢- لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم، قرية، مدينة)

٣- لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث)

٤_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة. (أول ، رابع)

٥- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع)

٦- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم، قرية ، مدينة)

٧_ لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث)

٨_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول، رابع)

٩_ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع)

منهج الدراسة

يمكن اعتبار منهج البحث بأنه الطريقة التي يتتبع الباحث خطاها، ليصل في النهاية إلى نتائج تتعلق بالموضوع محل الدراسة، وهو الأسلوب المنظم المستخدم لحل مشكلة البحث، إضافة إلى أنه

العلم الذي يعني بكيفية إجراء البحوث العلمية ، ولقد استخدم الباحث المنهج المناسب للدراسة وهذة الدراسة تتوافق مع المنهج الوصفي التحليلي الذي يهدف إلى توفير البيانات والحقائق عن المشكلة موضوع البحث لتفسيرها والوقوف على دلالاتها، وحيث أن المنهج الوصفي التحليلي يتم من خلال الرجوع للوثائق المختلفة كالكتب والصحف والمجلات وغيرها من المواد التي يثبت صدقها بهدف تحليلها للوصول إلى أهداف البحث (Saunders,2000,p:84)، فإن الباحث سيعتمد على هذا المنهج للوصول إلى المعرفة الدقيقة والتفصيلية حول مشكلة البحث، ولتحقيق تصور أفضل وأدق للظاهرة موضع الدراسة، كما أنه سيستخدم أسلوب العينة العشوائية الطبقية في اختياره لعينة الدراسة، وسيستخدم الاستبانة في جمع البيانات الأولية .

طرق جمع البيانات:

اعتمد الباحث على نوعين من البيانات

١-البيانات الأولية.

وذلك بالبحث في الجانب الميداني بتوزيع استبيانات لدراسة بعض مفردات البحث وحصر وتجميع المعلومات اللازمة في موضوع البحث، ومن ثم تفريغها وتحليلها باستخدام برنامج SPSS (Statistical Package for Social Science)الإحصائي واستخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة بهدف الوصول لدلالات ذات قيمة ومؤشرات تدعم موضوع الدراسة .

٢-البيانات الثانوية.

وتمت مراجعة الكتب و الدوريات و المنشورات الخاصة أو المتعلقة بالموضوع قيد الدراسة، والتي تتعلق بدراسة الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض الاضطرابات النفسية لدى طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة ، وأية مراجع قد يرى الباحث أنها تسهم في إثراء الدراسة بشكل علمي، وينوي الباحث من خلال اللجوء للمصادر الثانوية في الدراسة، التعرف على الأسس و الطرق العلمية السليمة في كتابة الدراسات، وكذلك أخذ تصور عام عن آخر المستجدات التي حدثت و تحدث في مجال الدراسة .

مجتمع الدراسة:

مجتمع الدراسة : يتكون مجتمع الدراسة من جميع طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة لكلى الجنسين (ذكور وإناث) من كافة التخصصات المستويات الأكاديمية وقت إجراء الدراسة .

عينة الدراسة : قام الباحث بأخذ عينة الدراسة من ٦٠٠ طالبا وطالبه من الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة من كافة التخصصات والمستويات الأكاديمية وقد تم توزيع أداة الدراسة على جميع أفراد عينة الدراسة وتم استرداد ٥٣٣ استبانة وبعد تفحص الاستبانات لم يستبعد أي منهما نظرا لتحقق الشروط المطلوبة للإجابة، والجداول التالية تبين خصائص وسمات عينة الدراسة كما يلي:

الجامعة :

يبين جدول رقم (٣) أن ٤٩.٥ % من عينة الدراسة من " الجامعة الإسلامية" و٥٠.٥ % من عينة الدراسة من " جامعة الأقصى" .

جدول رقم (٣)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان الجامعة

الجامعة	التكرار	النسبة المئوية
الإسلامية	264	49.5
الأقصى	269	50.5
المجموع	533	100.0

المستوى :

يبين جدول رقم (٤) أن ٢٧.٤% من عينة الدراسة من المستوى "الأول " ، و ٢١.٢% من عينة الدراسة من المستوى "الثاني " ، و ٢٣.١% من عينة الدراسة من المستوى " الثالث" ، و٢٦.٣% من عينة الدراسة من المستوى "الرابع " ، و ٢.١% من عينة الدراسة من المستوى "الخامس " .

جدول رقم (٤)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى

المستوى	التكرار	النسبة المئوية
الأول	146	27.4
الثاني	119	22.2
الثالث	128	24
الرابع	140	26.3
المجموع	533	100.0

_ الجنس :

يبين جدول رقم (٥) أن ٥٠.١ % من عينة الدراسة من " الذكور " ، و٤٩.٩ % من عينة الدراسة من "الإناث "

جدول رقم (٥)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير الجنس

الجنس	التكرار	النسبة المئوية

ذكر	267	50.1
أنثي	266	49.9
المجموع	533	100.0

_ مكان السكن

يبين جدول رقم (٦) أن ٢٥.٠% من عينة الدراسة من يسكنون في " مخيم" ، و ١٤.٦% من عينة الدراسة من يسكنون في "قرية " ، و ٦٠.٤% من عينة الدراسة من يسكنون في " مدينة" .

جدول رقم (٦)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير مكان السكن

مكان السكن	التكرار	النسبة المئوية
مخيم	133	25.0
قرية	78	14.6
مدينة	322	60.4
المجموع	533	100.0

_ المستوى الاقتصادي

يبين جدول رقم (٧) أن ٥.١ % من عينة الدراسة مستواهم الاقتصادي " مرتفع " ، و ٨٠.٥% من عينة الدراسة مستواهم الاقتصادي " متوسط" ، و١٤.٤% من عينة الدراسة مستواهم الاقتصادي " منخفض" .

جدول رقم (٧)

توزيع عينة الدراسة حسب متغير المستوى الاقتصادي

المستوى الاقتصادي	التكرار	النسبة المئوية
مرتفع	27	5.1
متوسط	429	80.5
منخفض	77	14.4
المجموع	533	100.0

أدوات الدراسة :

قام الباحث باستخدام عدة أدوات ومقاييس في هذه الدراسة ومنها:

١ _ <u>الأداة الأولى مقياس الأفكار العقلانية و اللاعقلانية</u> :

وهو من إعداد سليمان الريحاني وقام الباحث باختبار صدق وثبات هذا الاختبار على عينة طلبة قومها ٥٠ طالب من طلبة الجامعات الفلسطينية في قطاع غزة.

* وصف وتصحيح مقياس الأفكار اللاعقلانية .

الأفكار اللاعقلانية كما وضعها اليس إحدى عشر فكرة لاعقلانية وأضاف لها الريحاني فكرتين ليتناسب هذا المقياس مع البيئة العربية وكل فكرة من هذه الأفكار لها أربع فقرات على المقياس ليصبح عدد الفقرات على الاختبار ككل (٥٢) فقرة تكون الإجابة عليها بنعم أو لا وقد أعطيت القيمة (٢) للإجابة التي تدل على قبول المفحوص للفكرة التي تقيسها العبارة والقيمية (١) للإجابة التي تدل على رفض المفحوص للفكرة ، وبذلك تتراوح الدرجة الكلية على الاختبار مابين ٥٢ درجة في حدها الأدنى وهي تعبر عن رفض المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها الاختبار أو درجة عالية من التفكير العقلاني و١٠٤ درجة في حدها الأعلى وهي درجة تعبر عن قبول المفحوص لجميع الأفكار اللاعقلانية التي يمثلها الاختبار أو عن درجة عالية من التفكير اللاعقلاني، وفيما يلي الأفكار اللاعقلانية الثلاثة عشرة التي يقيسها هذا الاختبار :

الفكرة الأولى " من الضروري إن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من كل فرد من أفراد بيئته المحلية " وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم(١ ، ١٤ ، ٢٧ ، ٤٠).

الفكرة الثانية " من الضروري إن يكون الفرد على درجة كبيرة من الفعالية والكفاءة والانجاز بشكل يتصف بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة وأهمية ، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (٢ ،١٥، ٢٨ ، ٤١).

الفكرة الثالثة " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب "، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (٣ ،١٦، ٢٩ ، ٤٢)

الفكرة الرابعة " انه من المصائب أو النكبات المؤلمة أو الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد أو على غير ما يريده المرء لها "، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (٤ ،١٧، ٣٠، ٤٣)

الفكرة الخامسة :" تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها لو التحكم بها ، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (٥ ،١٨، ٣١ ، ٤٤)

الفكرة السادسة: " إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال الدائم والتفكير بها ، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها "، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (٦ ،١٩ ،٣٢ ، ٤٥).

الفكرة السابعة: " انه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها " وتتمثل بالفقرات رقم (٧ ،٢٠، ٣٣ ، ٤٦).

الفكرة الثامنة " ينبغي على الفرد إن يكون مستندا على آخرين وان يكون هناك شخص آخر يستند عليه "، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرة رقم (٨ ،٢١ ، ٣٤ ، ٤٧).

الفكرة التاسعة : " إن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وأن الخبرات الماضية لا يمكن استبعادها أو محوها "، وهذه الفكرة تتمثل بالفقرات رقم (٩ ،٢٢، ٣٥ ،٤٨)

الفكرة العاشرة : " ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات ، وهذه الفكرة تتمثل في الفقرات رقم (١٠ ، ٢٣ ، ٣٦ ، ٤٩).

الفكرة الحادية عشر :" هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة "وهذه الفكرة تتمثل في الفقرات رقم (١١ ،٢٤، ٣٧، ٥٠)

الفكرة الثانية عشر:" ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة او مكانة محترمة بين الناس" ، وهذه الفكرة تتمثل بالفقرات رقم (١٢ ،٢٥ ، ٣٨ ، ٥١)

الفكرة الثالثة عشر:" لا شك في ان مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة ، وتتمثل هذه الفكرة بالفقرات رقم (١٣ ،٢٦ ، ٣٩ ، ٥٢).

ملاحظة:- الرقم المظلل يعبر عن الفكرة اللاعقلانية والتي تعطي درجة (٢) في تصحيح الاختبار.

صدق وثبات اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية:

صدق المقياس يعني التأكد من أنه سوف تقيس ما أعدت لقياسه (العساف، ١٩٩٥: ٤٢٩) ، كما يقصد بالصدق " شمول المقياس لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها ومفرداتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها"(عبيدات وآخرون ٢٠٠١، ١٧٩)[١]، وقد قام الباحث بالتأكد من صدق أداة الدراسة كما يلي:

- **صدق فقرات الاستبيان** : تم التأكد من صدق فقرات المقياس بطريقتين.

١-صدق المحكمين:

تم عرض المقاييس على مجموعة من المحكمين في دراسة عبد الفتاح أبو شعر (٢٠٠٧) وقد اجمعوا على صلاحية الاختبار للتطبيق على البيئة الفلسطينية واستعان الباحث بنفس الأداة التي استخدمها الباحث عبد الفتاح ابو شعر (٢٠٠٧).

٢- صدق الاتساق الداخلي لفقرات المقياس

تم حساب الاتساق الداخلي لفقرات المقياس على عينة الدراسة الاستطلاعية البالغ حجمها ٥٠ طالبا وطالبة، وذلك بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة والدرجة الكلية للمحور التابعة له كما يلي.

الصدق الداخلي لفقرات مقياس (الأفكار العقلانية و اللاعقلانية)

قام الباحث بحساب معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس (الأفكار العقلانية و اللاعقلانية) والمعدل الكلي لفقراته ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى

دلالة (٠.٠٥)،حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة اقل من ٠.٠٥ وقيمة r المحسوبة اكبر من قيمة r الجدولية والتي تساوي ٠.٢٧١، وبذلك تعتبر مقياس (الأفكار العقلانية واللاعقلانية) صادقة لما وضعت لقياسه **(انظر ملحق رقم ٣)**

٣- ثبات فقرات الاختبار Reliability:

أما ثبات أداة الدراسة فيعني التأكد من أن الإجابة ستكون واحدة تقريبا لو تكرر تطبيقها على الأشخاص ذاتهم في أوقات (العساف، ١٩٩٥: ٤٣٠)[٢]. وقد أجرى الباحث خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

أ- طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient: تم إيجاد معامل ارتباط سبيرمان بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل بعد وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (Spearman-Brown Coefficient) حسب المعادلة التالية:

معامل الثبات = $\frac{2ر}{1+ر}$ حيث ر معامل الارتباط وقد بين جدول رقم (٨) يبين أن هناك معامل ثبات كبير نسبيا لفقرات الاستبيان مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنينة.

جدول رقم (٨)

معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

عنوان المقياس	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	القيمة الاحتمالية
اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية	52	0.7249	0.8405	٠.٠٠٠

ب- طريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha:

استخدم الباحث طريقة كرونباخ ألفا لقياس ثبات الاستبانة كطريقة ثانية لقياس الثبات وقد يبين جدول رقم (٩) أن معاملات الثبات مرتفعة مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنينة

جدول رقم (٩)

معامل الثبات (طريقة والفا كرونباخ)

عنوان المقياس	عدد الفقرات	معامل كرونباخ ألفا
اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية	٥٢	0.8624

٢- الأداة الثانية: مقياس قائمة الأعراض المرضية SCL90

وقد استخدم الباحث الحالي هذا المقياس وهو في الأصل من إعداد Leonard R.Derogatis ومعه Ronald S.Lipman and Linocovi عام ١٩٧٧ وقد صمم الكشف عن نماذج الأعراض النفسية والعقلية والجسمية للمرضى وهو مكون من (٩٠) فقرة موزعة على تسعة أبعاد على مقياس متدرج خماسي من (٠ – ٤) حيث أن النهاية الصغرى للمقياس هي (٠) والنهاية العظمى هي (٣٦٠) وهذه الأبعاد هي (٢-١٢: ١٩٨٣ Derogatis):

١. الأعراض الجسمانية Somatization

وهو يعكس الأحوال المختلفة التي يكون عليها الجسم الإنساني من اضطراب، خاصة الشكوى والمعاناة في الأداء الوظيفي المتعلق بأعضاء الجسم الهامة كالأجزاء المعدية – المعوية وممرات التنفس والأوعية المتعلقة بالقلب وهي أعضاء يتم التحكم بها لاإراديا.
وتتضمن الفقرات الأعراض الجسمية مثل الصداع، آلام الظهر، آلام الجهاز العصبي، اضطرابات التنفس... الخ.
ويتكون هذا البعد من (١٢) فقرة أرقامها على المقياس هي : ١ ، ٤ ، ١٢ ، ٢٧ ، ٤٠ ، ٤٢ ، ٤٨ ، ٤٩ ، ٥٢ ، ٥٣ ، ٥٦ ، ٥٨ .

٢. الوسواس القهري Obsessive- Compulsive

ويعكس تلك الأفكار المرضية التي تسيطر على ذهن الفرد ولا يقوى على التخلص منها رغم أنه يبذل الجهد الكثير للتغلب عليها، إلا أنه يجد نفسه مقهورا لتكرارها مما يوقعه دوما تحت وطأة الألم الشديد حيث تقهره وتسيطر على تفكيره عنوة، وكذلك الأفعال والطقوس الحركية التي لا يجد منها فكاكا، ويجد نفسه مقهورا على تكرارها رغم سعيه وقناعته بعدم منطقيتها، وكذلك تشمل هذه العبارات بعدا آخرا لمعاناة الإنسان النفسية يتمثل في اضطرابات التذكر، وإحساس الإنسان بخلو ذهنه من أي أفكار مع صعوبات في التذكر.ويتكون هذا البعد من (١٠) فقرات هي: ٣ ، ٩ ، ١٠ ، ٢٨ ، ٣٨ ، ٤٥ ، ٤٦ ، ٥١ ، ٥٥ ، ٦٥.

٣. الحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity

ويعكس العلاقات البيئية القائمة بين الأفراد بعضهم البعض، وأثر هذه العلاقات على الوضع النفسي للإنسان، حيث تلخص هذه الفقرات مشاعر التصور والإحساس بالنقص الناتج لدى الفرد جراء مقارنة ذاته بالآخرين من حوله أثناء تعامله معهم، ويتميز الأفراد ذوي الحساسية التفاعلية المرتفعة بدرجة عالية من تبخيس الذات وتقدير الذات منخفض Self-

deprecation، وحالات الضيق والانزعاج الناتج عن التفاعل الاجتماعي بالآخرين، كذلك تعكس مشاعر التمركز حول الذات وهي سمة أساسية للحساسية التفاعلية.
ويتكون هذا البعد من (٩) فقرات هي: ٦،٢١ ، ٣٤ ، ٣٦ ، ٣٧ ، ٤١ ، ٦١ ، ٦٩ ، ٧٣

٤. الاكتئاب Depression

ويعكس هذا البعد زملة من الأعراض الإكلينيكية المصاحبة للاكتئاب سواء على المستوى العضوي أو النفسي وتشتمل على مظاهر اليأس وفقدان الاهتمام بالحياة، الهبوط المزاجي والسوداوية وعدم الاهتمام بالأنشطة ونقص الهمة والدافعية والإحساس بفقدان الطاقة والحيوية إضافة لمشاعر الدونية وتبخيس الذات وهبوط عام في أداء الفرد الوظيفي بالإضافة إلى عبارات أخرى ذ ا ات صلة بالأفكار الانتحارية وجوانب جسمية ومعرفية مرتبطة بالاكتئاب.
ويتكون هذا البعد من (١٣) فقرة هي : ٥ ، ١٤ ، ١٥ ، ٢٠ ، ٢٢ ، ٢٦ ، ٢٩ ، ٣٠ ، ٣١ ، ٣٢ ، ٥٤ ، ٧١ ، ٧٩ .

٥. القلق Anxiety

ويعكس فقرتا هذا البعد جوانب متعلقة بالتوتر والعصبية والأعراض السلوكية التي تكون عادة مصاحبة للقلق المرتفع من الوجهة الإكلينيكية، بدءا من حالات الضيق والغضب (النرفزة) والتوتر مرورا بالحالات الجسمانية التي تظهر كتعبير عن حالات القلق من ارتجاف الأطراف إلى الأعراض الأخرى الجسمية وتتضمن أيضا حالات القلق الهائم الطليق ونوبات الرعب ومشاعر الشك في الآخرين.
ويتكون هذا البعد من (١٠) فقرات هي : ٢ ، ١٧ ، ٢٣ ، ٣٣ ، ٣٩ ، ٥٧ ، ٧٢ ، ٧٨ ، ٨٠ ، ٨٦ .

٦. العداوة Hostility

ويعكس سلوك الاعتداء على ثلاثة مستويات: على مستوى الأفكار، المشاعر والأفعال والتي هي خصائص لحالة الغضب السلبية.
وتتضمن فقرات البعد سمات مثل الغيظ والامتعاض (الاستياء) والتهيج.
ويتكون هذا البعد من (٦) فقرات هي: ١١ ، ٢٤ ، ٦٣ ، ٦٧ ، ٧٤ ، ٨١ .

٧. قلق الخوف (الفوبيا) Phobia

ويعكس هذا البعد مظاهر الخوف غير الطبيعية التي تنتاب بعض الأفراد والتي يصطلح على تسميتها بالفوبيا أي المخاوف المرضية ومنها الخوف من الأماكن، وأي مظهر من المظاهر المختلفة للخوف من موضوع معين بطريقة غير طبيعية.

ويلاحظ أن الخوف الذي يتخذ السمة المرضية يأخذ شكل التطرف والزيادة غير الطبيعية إضافة إلى أنه يتخذ أشكالا عامة تشكل الحياة الاجتماعية للمريض مثل الخوف من الخروج من المنزل والخوف من السفر أو الازدحام أو الخوف من الدخول في الأماكن العامة ووسائل النقل إضافة لوجود بعض العبارات التي تقيس الخوف الاجتماعي.

ويتكون البعد من (٧) فقرات هي: ١٣، ٢٥ ، ٤٧ ، ٥٠ ، ٧٠ ، ٧٥ ، ٨٢ .

٨. البارانويا التخيلية Paranoid Ideation

ويعكس سلوك مرض البارانويا من خلال مجموعة أعراض هذا المرض والمرتكزة على فكرة أن البارانويا تعتبر اضطراب وتشويه في طريقة ونمط التفكير وقد صممت الفقرات لقياس البارانويا على أساس المميزات الأساسية المتعلقة بالتفكير الهذائي ونمط التفكير الإسقاطي الذي ينسب فيه الشخص عيوبه للآخرين، وكذلك العماء والشك والارتياب والمركزية حول الذات والهذاءات وفقدان الاستقلال الذاتي ومشاعر العظمة.

ويتكون البعد من (٦) فقرات هي: ٨ ، ١٨ ، ٤٣ ، ٦٨ ، ٧٦ ، ٨٣ .

٩. الذهانية Psychoticism

ويعكس السلوك الذهاني لدى المرضى المصابون بالذهان كالهذيان والهلاوس السمعية وإذاعة الأفكار والتحكم الخارجي في الأفكار واقتحام الأفكار داخل الذهن عن طريق قوى خارجة عن إرادة الفرد، وبعض العبارات التي تعكس نمط الحياة الخاص بالفصاميين.

ويتكون البعد من (١٠) فقرات هي: ٧ ، ١٦ ، ٣٥ ، ٦٢ ، ٧٧ ، ٨٤ ، ٨٥ ، ٨٧ ، ٨٨ ، ٩٠ .

<u>ملاحظة:</u>الأبعاد التسعة السابقة تغطي (٨٣) فقرة فقط وهناك فقرات (٧) إضافية.

الفقرات الإضافية: هناك (٧) فقرات إضافية هي جزء من المقياس ولكنها لا تندرج تحت أي ن الأبعاد الأولية التسعة فهي ليست ذات معنى واحد يمكن إدراجها تحت البعد الذي تنتمي إليه ولكنها جزء من المجموع الكلي للفقرات لأنها هامة من الناحية الإكلينيكية وهذه الفقرات هي: ١٩، ٤٤ ، ٥٩ ، ٦٠ ، ٦٤ ، ٦٦ ، ٨٩ .

وهي تتعلق بضعف الشهية للطعام أو الإفراط في تناول الطعام (١٩ ، ٦٠) وكذلك الاضطراب في النوم وصعوبة الاستغراق فيه أو الاستيقاظ المبكر وصعوبة العودة إلى النوم مرة أخرى أو النوم المضطرب وغير المريح (٦٦ ، ٦٤ ، ٤٤) بالإضافة إلى التفكير في الموت والشعور بالذنب (٨٩ ، ٥٩).

أولا: صدق المقياس

قام أبو هين، ١٩٩٣ بتقنين قائمة الأعراض المرضية السابقة في البيئة الفلسطينية بقطاع غزة وعرض البنود على أربعة أطباء نفسيين وثلاثة من الأخصائيين النفسيين العاملين في حقل الطب النفسي كنوع من صدق الحكمين لتحديد مدى انتماء الفقرات إلى قياس ما وضعت لقياسه وانتماء الفقرات للأبعاد التي احتوتها، وقد أجرى تعديلات على سبع فقرات لتتاسب الثقافة والبيئة الفلسطينية وتمشيا مع أوضاع البيئة الفلسطينية لقطاع غزة وهذه الفقرات هي: ٥ ، ١٧ ، ٦٤ ، ٨٠ ، ٨١ ، ٨٤ ، ٨٦ . انظر الجدول التالي أبوهين ، ١٩٩٣).
التعديلات التي أجريت على فقرات مقياس SCL90 ليلاءم البيئة الفلسطينية انظر جدول رقم (١٠).

جدول رقم (١٠)

رقم الفقرة	العبارة الأصلية	العبارة بعد التصحيح
٥	فقدان الاهتمام الجنسي أو اللذة الجنسية	الشعور بأن الرغبة والحياة الجنسية غير طبيعية
١٧	الشعور بالخوف عند السفر بالقطار أو الأتوبيسات	الشعور بالخوف عند السفر بالسيارات أو الباصات
٦٤	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح	الاستيقاظ من النوم مبكرا وعدم القدرة على العودة إليه مرة أخرى.
٨٠	الشعور بأن الأشياء المألوفة تبدو غريبة أو غير حقيقية	الشعور بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة
٨١	نوبات من الصراخ وقذف الأشياء	الشعور بالعصبية والتوتر لدرجة قذف الأشياء التي تقع في يديه والصراخ
٨٤	أفكار عن الجنس تسبب لك اضطرابا شديدا	الشعور بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت في الأمور الجنسية
٨٦	الاعتقاد بأنك مدفوع لعمل أشياء معينة	الشعور بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة

كما قام " أبو هين " بالتحقق من صدق المقياس وبأنه يميز بين الأفراد الأسوياء أو العاديين (بحصولهم على درجات منخفضة) وبين المرضى و غير العاديين (بحصولهم

على درجات مرتفعة) على أبعاد المقياس بما يعرف بالصدق التمييزي وذلك بتطبيق القائمة على عينة من الأسوياء عددهم ١٦٣ فردا وعلى عينة من المرضى الجدد المترددين على برنامج غزة للصحة النفسية و عددهم ٨٠ مريضا. ومن خلال حساب الفروق بين المتوسطات (قيمة ت) وجد أن هناك فروقا واضحة وجوهرية في سبعة أبعاد من تسعة ما بين العاديين والمرضى، ولم تظهر الفروق في بعدي: الوسواس القهري والبارانويا التخيلية، وفسر أبو هين ذلك لأوضاع سياسية في تلك المرحلة وقد دعمت هذه النتائج الصدق التمييزي للأبعاد الفرعية للمقياس.

١-صدق المحكمين:

تم عرض المقياس على مجموعة من المحكمين في دراسة نبيل دخان (٢٠٠٣) وقد أجمعوا على صلاحية الاختبار للتطبيق على البيئة الفلسطينية واستعان الباحث بنفس الأداة التي استخدمها الباحث نبيل دخان (٢٠٠٣).

٢- الصدق الداخلي لفقرات مقياس الاضطرابات النفسية.

جدول رقم (١١) يبين معاملات الارتباط بين كل فقرة من فقرات مقياس (الاضطرابات النفسية) والمعدل الكلي لفقراته ، والذي يبين أن معاملات الارتباط المبينة دالة عند مستوى دلالة (٠.٠٥)،حيث إن القيمة الاحتمالية لكل فقرة اقل من ٠.٠٥ وقيمة r المحسوبة اكبر من قيمة r الجدولية والتي تساوي ٠.٢٧١، وبذلك تعتبر مقياس (الاضطرابات النفسية)صادقة لما وضعت لقياسه. (انظر ملحق رقم ٤).

٢- ثبات فقرات الاستبانة Reliability:

لقد أجرى الباحث خطوات الثبات على العينة الاستطلاعية نفسها بطريقتين هما طريقة التجزئة النصفية ومعامل ألفا كرونباخ.

أ- طريقة التجزئة النصفية Split-Half Coefficient: تم إيجاد معامل ارتباط سبيرمان بين معدل الأسئلة الفردية الرتبة ومعدل الأسئلة الزوجية الرتبة لكل بعد وقد تم تصحيح معاملات الارتباط باستخدام معامل ارتباط سبيرمان براون للتصحيح (Spearman-Brown Coefficient) حسب المعادلة التالية:

معامل الثبات = $\frac{2ر}{1+ر}$ حيث ر معامل الارتباط وقد بين جدول رقم (١١) يبين أن هناك معامل ثبات كبير نسبيا لفقرات الاستبيان مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنينة

جدول رقم (١١)

معامل الثبات (طريقة التجزئة النصفية)

عنوان المقياس	عدد الفقرات	معامل الارتباط	معامل الارتباط المصحح	القيمة الاحتمالية
اختبار الأعراض المرضية	90	0.7525	0.8588	0.000

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٠٥ ودرجة حرية "٢٨" تساوي ٠.٣٦١

ب- طريقة ألفا كرونباخ Cronbach's Alpha:

استخدم الباحث طريقة كرونباخ ألفا لقياس ثبات الاستبانة كطريقة ثانية لقياس الثبات وقد يبين جدول رقم (١٢) أن معاملات الثبات مرتفعة مما يطمئن الباحث على استخدام المقياس بكل طمأنين

جدول رقم (١٢)

معامل الثبات (طريقة والفا كرونباخ)

عنوان المقياس	عدد الفقرات	معامل كرونباخ ألفا
اختبار الأعراض المرضية	٩٠	0.8896

المعالجات الإحصائية:

لتحقيق أهداف الدراسة وتحليل البيانات التي تم تجميعها، فقد تم استخدام العديد من الأساليب الإحصائية المناسبة باستخدام الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية Statistical Package for Social Science (SPSS) وفيما يلي مجموعة من الأساليب الإحصائية المستخدمة في تحليل البيانات:

١- تم حساب التكرارات والنسب المئوية للتعرف على الصفات الشخصية لمفردات الدراسة وتحديد استجابات أفرادها تجاه عبارات المحاور الرئيسية التي تتضمنها أداة الدراسة

٢- المتوسط الحسابي Mean وذلك لمعرفة مدى ارتفاع أو انخفاض استجابات أفراد الدراسة عن كل عبارة من عبارات متغيرات الدراسة الأساسية، مع العلم بأنه يفيد في ترتيب العبارات حسب أعلى متوسط حسابي (كشك ، ١٩٩٦، ٨٩) علما بان تفسير مدى الاستخدام أو مدى الموافقة على العبارة يتم كما سبق وأن أوضحناه في النقطة الأولى.

٣- اختبار ألفا كرونباخ لمعرفة ثبات فقرات الاستبانة.

٤- معامل ارتباط بيرسون لقياس صدق الفقرات .

٥- معادلة سبيرمان براون للثبات.

٦-اختبار t للفرق بين متوسط عينتين مستقلتين.

٧- اختبار تحليل التباين الأحادي للفروق بين متوسط ثلاث عينات فأكثر.

الفصل الخامس

***نتائج الدراسة الميدانية وتفسيرها**

*** التوصيات**

***المقترحات**

الفصل الخامس

نتائج الدراسة

قام الباحث في هذا الفصل بعرض النتائج التي توصلت إليها الدراسة الحالية ، وذلك بالتحقق من الفرضيات باستخدام الأساليب الإحصائية المناسبة لكل فرضية من هذه الفرضيات كما قام الباحث بتفسير نتائج الفرضيات التي تم التوصل إليها في ضوء الإطار النظري والدراسات السابقة، ويتضح ذلك من خلال الأتي :

أولا: مقياس (الأفكار العقلانية و اللاعقلانية):

من خلال مقاييس النزعة المركزية تم حساب النسب المؤوية كما هي موضحة في الملحق رقم (٣) للإجابة على أسئلة وفرضيات الدراسة كما يلي :

١_ نتيجة التساؤل الأول ما مستوى الأفكار اللاعقلانية لدى أفراد العينة.

ويتضح ذلك من خلال المعالجة الإحصائية وفق مقاييس النزعة المركزية وحساب النسب المؤوية وتبين أن الأفكار اللاعقلانية منتشرة بنسبة (٤٧.٥%) كما هو موضح في جدول رقم (٣٨)

جدول رقم (١٤)

مستوى الأفكار اللاعقلانية

العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
جميع الفقرات	52.5	47.5	1.47	73.74

تفسير نتائج التساؤل الأول :

ويتضح من الجداول السابقة (انظر ملحق رقم ٥) أن الفكرة الثالثة حصلت على أعلى نسبة انتشار والتي تعبر عن " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب " وتعبر عن اللوم القاسي للذات وللآخرين .

بحيث حصلت على نسبة انتشار (٥٩.٨ %) ويلها الفكرة الحادية عشر والتي تعبر عن " هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة " وهذه الفكرة تعبر عن ابتغاء الحلول الكاملة حيث حصلت على نسبة انتشار (٥٩.٦%) ، ويلها الفكرة الأولى والتي تعبر عن " من الضروري أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من أفراد بيئته المحلية . " والتي تعبر عن طلب الاستحسان حيث حصلت على نسبة انتشار (٥٦.٥%)، ويليها الفكرة الثالثة عشر بنسبة (٥٣،٩%) ويليها الفكرة السادسة بنسبة (٥٣,٥%)، ويلها الفكرة العاشرة بنسبة (٥٠%) ، والفكرة الثانية بنسبة (٤٨,١%) ، والفكرة الثانية عشر بنسبة(٤٧,٣%)، والفكرة الرابعة بنسبة (٤٧,٢%)، والفكرة الخامسة بنسبة (٤٤,٦%) ، والفكرة الثامنة بنسبة

(٣٥,٥%)، والفكـرة التاسـعة بنـسبة (٣٣،٦%) ، وتبـين أن أدنــى مـستوى انـشار فــي الأفكــار اللاعقلانية كان في الفقرة السابعة والتى تعبر عن " أنـه من الاسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمـسؤليات الشخـصية عـن أن نواجههـا " والتــى تعبـر عـن تجنـب المـسؤليات وكانـت بنـسبة (٣١,١%).

نلاحظ من خلال النسب والجداول السابقة بأن النسب المؤوية على الثلاثة عشر بعدا تراوحت بين (٣١,١ %) في حدها الأدنى في البعد السابع الذي يعبر عن " انـه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها ".

ويفسر الباحث بأن قلة انتشار مثل هذه الفكرة اللاعقلانية تعود إلى أن المجتمع الفلسطيني يعايش ظروف ضاغطة وصعبة جدا على كافة الأصعدة الاجتماعية والسياسة والاقتصادية وتقع على عاتق شباب هذا المجتمع مسؤوليات كبيرة سواء على الصعيد الشخصي أو الأسري فقد يكون لهذه الظروف أثرا غير مباشر بأن الفرد لا يستطيع الهروب وتجنب مسؤولياته تجاه الصعوبات والعوائق التي تقف حائلا دون تحقيق رغباته ومتطلباته وكذلك رغبات ومتطلبات الأسرة خصوصا أننا نجد نسبة كبيرة من الطلبة الفلسطينيين ربما يكونون عونا ماديا لأسرهم بجانب دراستهم والتحاقهم بالجامعات ، كما يرجع ذلك إلى الثقافة الفلسطينية التي تنمي لدى الفرد منذ طفولته أفكارا إيجابية تتعلق بتحمل المسؤولية تجاه ذاته وتشجعه على الإنجاز والتعلم والتقدم وإلا سوف يكون الفرد ضحية الفشل والتراجع، ويتأكد هذا المنطق من خلال إقدام شرائح كبيرة من المجتمع الفلسطيني على التعليم والإنجاز من أجل تحمل المسؤوليات تجاه أنفسهم وتجاه أسرهم وربما يرافق هذا التعليم بعض الأعمال التي تجلب دخلا ماديا بسيطا من أجل أن ينهض الطالب بنفسه وكذلك يكون عوننا لأسرته ، بالإضافة إلى الوازع الديني الذي له أثرا كبيرا في حثهم على تحمل مسؤولياتهم ودفعهم نحو الإيجابية والتقدم والمساهمة والتكافل في كل شيء (كلكم راع وكلكم مسئول عن رعيته).

وتراوحت في حدها الأعلى بنسبة (٥٩,٨%) على العبد الثالث والذي يعبر عن " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب "

ويرى الباحث أن الانتشار الكبير في هذه الفكرة ربما يعود إلى الحجم الهائل من العنف والضغوط النفسية التي يتعرض لها المجتمع الفلسطيني وحجم العدوان الكبير الذي يقع عليه من قصف وتدمير وتهديد وقتل وحصار وبطالة وما يتبعها من تردي للوضع الاقتصادي والاجتماعي والأسري ،قد انعكست بدورها على المجتمع الفلسطيني والأسرة الفلسطينية ، مخلفة ورائها حجم كبير من العدوان الموجه نحو الذات ونحو الآخرين بصورة إسقاطيه على أفراد المجتمع والآخرين واللقاء اللوم عليهم، وربما تظهر هذه الصور بنشوب الخلافات العائلية والأسرية وكذلك الخلافات المجتمعية بين العائلات والقبائل وعدم التسامح فيما بينهم إلى أن تتطور هذا الأمر وتجلت صورة هذه الضغوطات بالانقسامات والاقتتال الداخلي بين الأطر والحركات السياسية نفسها ومما لاشك فيه من أن تلك

الحركات والأطر تعكس بصورة كبيرة حجم الخلافات داخل المجتمع الفلسطيني وهذا بدوره ربما يعزز الفكرة اللاعقلانية في البعد الثالث والتي تنص على " بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة و الجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب" .

وعلى العموم يتبين لنا بأن الأفكار اللاعقلانية منتشرة بنسبة (٤٧,٥%) لدى أفراد عينة الدراسة بشكل عام ،وتتقارب نتائج الدراسة مع دراسة عبد الفتاح أبو شعر على طلبة الجامعات الفلسطينية من حيث نسبة الانتشار حيث بلغت نسبة الانتشار في حدها الأعلى (٤٨.٧%) وهي نسبه تعتبر قريبة من نتائج الدراسة الحالية ودراسة الريحاني على الطلبة الأردنيين بنسبة (٤٠ %) في حدها الأعلى وهذه النسب تتفق مع معظم الدراسات السابقة عامة ، ولاحظ الباحث اختلاف دراسته مع تلك الدراسات بالنسبة للحد الأدنى على الأبعاد الثلاثة عشر حيث بلغت النسبة في حدها الأدنى (٣١.١%) بينما وجد أنها لا تزيد عن (١١%) في هذه الدراسات وكذلك تختلف من حيث نسبة الانتشار العامة بأنها تبلغ (٤٧.٥%) في حين لا تزيد النسب العامة في تلك الدراسات عن (٣٠ %) فقط من حيث نسبة الانتشار العامة.

ويرجع الباحث ذلك إلى تزايد حجم الضغوط والعقبات التي تعلب دورا مباشرا في التنشئة الاجتماعية الخاطئة والمعنفة نتيجة حجم الضغوط النفسية المتراكمة والمتزايدة والفقر والحرمان والحصار السياسي والاقتصادي ما يؤدي إلى وجود صراعات في التفكير تزيد من الشعور بالذنب والشعور بالاقيمة وفقدان الثقة بالنفس، واللقاء اللوم على الآخرين والظروف الخارجية، وتوقع المخاطر والكوارث بشكل دائم، والبحث عن الحلول بأي شكل كان ومحاولة الوصول اليها بالرغم من غياب الإمكانيات لذلك، وربما يجد الباحث خصوصية لتلك الأفكار بالنسبة للمجتمع الفلسطيني ولو بشكل طفيف بأن المجتمع الفلسطيني يعايش بالفعل مثل تلك الظروف والأزمات المستمرة للأسف.

٢ _ نتائج التساؤل الثاني ما مستوى الأعراض المرضية لدى أفراد العينة.

ويتضح ذلك من خلال المعالجة الإحصائية وفق مقاييس النزعة المركزية وحساب النسب المؤوية وتبين أن الأعراض المرضية منتشرة بنسبة (٨%) كما هو موضح في ملحق رقم (٤)

جدول رقم (١٥)

مستوى الأعراض المرضية

العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
جميع الفقرات	2.35	0.92	0.08	47.0

تفسير نتائج التساؤل الثاني :

وبالرجوع إلى النسب والجداول السابقة (انظر ملحق رقم ٦) نجد أن نسبة انتشار الأعراض المرضية غائبة لدى حوالي (٩٢%) من أفراد العينة بينما تنتشر بنسبة (٨%) لدى أفراد العينة في صورتها العامة وذلك باختلاف تلك الأعراض المرضية والتي تتمثل بالأعراض الجسمانية بنسبة (٦%)والوسواس القهري بنسبة (١٥%)، والحساسية التفاعلية بنسبة (١٩%)، والاكتئاب بنسبة (١٦%)، والقلق بنسبة (١٠%) والعداوة بنسبة (١٤%)، وقلق الفوبيا بنسبة (١٤ %)، والبارنويا التخيلية بنسبة (١٧%) والذهانية بنسبة (٧%).

ويرى الباحث أن تلك الأعراض المرضية ربما تعكس وجود حالة من الاضطرابات النفسية في نسبتها الحالية التي عبرت عنها الدراسة وهي (٨%) من أفراد العينة وحينما نتحدث عن اضطراب فأن تلك النسبة لا يستهان بها وتعبر عن جحم الضغوطات والمشكلات النفسية المنتشرة بين طلبة الجامعات في المجتمع الفلسطيني ولا يخفى عن أحد حجم المأساة التي يعيشها الطالب الفلسطيني من قهر واحتلال وقتل وتخريب ، وتدمير للممتلكات وكذلك الانشقاقات داخل المجتمع الفلسطيني، والفقدان وعدم الاستقرار والحرمان النفسي والعاطفي والتنشئة الاجتماعية الخاطئة ، والاضطرابات الأسرية والخطر المستمر وتوقع الكوارث ، والتسلط في التربية والمعاملة الوالدية وانتشار الأفكار اللاعقلانية التي شقت طريقها من تلك المحن والضغوط السابقة وغيرها بكثير، والتي ربما لعبت دورا كبيرا في وجود نسبة ليست بسيطة من أعراض القلق والاكتئاب والعداوة والأعراض الجسمانية والأفكار الاضطهادية وغيرها من الأعراض المرضية.

٣_ نتائج الفرضية الأولى والتي تنص على انه توجد علاقة ذات دلاله إحصائية بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية لدى أفراد العينة..

تم استخدام اختبار سبيرمان لإيجاد العلاقة بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$ والنتائج مبينة في جدول رقم (١٦) والذي يبين أن القيمة الاحتمالية تساوي 0.000 وهي اقل من ٠.٠٠٥ ، كما أن قيمة r المحسوبة تساوي ٠.٣٠٢ وهي اكبر من قيمة r الجدولية والتي تساوي 0.088 ، مما يدل على وجود علاقة ايجابية ذات دلالة عند مستوى دلالة إحصائية $\alpha = 0.05$ بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية .

جدول رقم (١٦)

معامل الارتباط بين مستوى الأفكار اللاعقلانية والأعراض المرضية

المقياس	الإحصاءات	الأعراض المرضية
مستوى الأفكار اللا عقلانية	معامل الارتباط	0.302
	القيمة الاحتمالية	0.000

	حجم العينة	533

قيمة r المحسوبة عند درجة حرية " ٥٣١" ومستوى دلالة "٠.٠٥" يساوي 0.088

تفسير نتائج الفرضية الأولى :

ويتبين من خلال الدراسة الحالية أنه كلما ارتفعت نسبة الأفكار اللاعقلانية كلما ارتفعت نسبة الأعراض المرضية وهذا ما يؤكد صحة الفرضية التي تقوم عليها النظرية العقلانية الانفعالية لالبرت اليس في تفسيرها للسلوك الإنساني والاضطرابات النفسية بحيث تعزي هذه النظرية بأن التفكير اللاعقلاني هو المسئول عن الاضطرابات النفسية وطبيعة تفكيرنا حول هذه الأحداث وليست طبيعة الإحداث نفسها وأن ردود فعل الأفراد تجاه المواقف والأحداث الحياتية هي ردوه فعل ناتجة عن الفكرة العقلانية أو اللاعقلانية التي تسبق ردود الفعل من قبل الفرد وتحدد توازن ردة الفعل وإيجابيتها او عدم توازنها وسلبيتها تبعا للفكرة ، والدراسة الحالية تعبر عن وجود نسبة ليست بسطيه في مستوى انشار الأفكار اللاعقلانية حيث بلغت (٤٧,٥%) وكذلك نسبة غير بسيطة في انتشار الأعراض المرضية حيث بلغت (٨%) وهذه النسبة لا بأس بها بالنسبة للتراث النفسي حول نسب انشار الاضطرابات والأعراض النفسية .وتتفق نتيجة الدراسة الحالية مع العديد من الدراسات السابقة من حيث وجود علاقة بين الأفكار اللاعقلانية والمتغيرات الأخرى وأهما دراسة الشمسان والتي تبين وجود علاقة إرتباطيه دالة بين التفكير اللاعقلاني والأعراض المرضية لدى طالبات جامعة الملك سعود، كما وتتفق مع دراسة حسن والجمالي ، عن وجود علاقة دالة إحصائيا بين التفكير اللاعقلاني والاضطرابات الانفعالية والعديد من الدراسات السابقة الأخرى والتي توضح أن هناك علاقة دالة إحصائيا بين الأفكار اللاعقلانية وبعض الاضطرابات النفسية .

٤_ نتائج الفرضية الثانية والتي تنص على أنه لا توجد فرق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في آراء عينة الدراسة في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة) عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$. والنتائج مبينة في جدول رقم (١٧) و يتبين أن قيمة F المحسوبة لجميع المحاور مجتمعة تساوي ٠.٥٤٧ وهي اقل من قيمة F الجدولية والتي تساوي ٣.٠١ ، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع المحاور تساوي ٠.٦٣٤ وهي اكبر من ٠.٠٥ مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة).

جدول رقم (١٧)

اختبار تحليل التباين الأحادي **لاختبار الفروق** في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة)

عنوان المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية
مستوى الأفكار اللاعقلانية	بين المجموعات	0.005	2	0.003	0.457	0.634
	داخل المجموعات	3.115	530	0.006		
	المجموع	3.121	532			

قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ و درجة حرية " ٢، ٥٣٠" تساوي ٣.٠١

تفسير نتائج الفرضية الثانية :

ويرى الباحث أن عدم وجود فروق دالة إحصائيا تعزى لاختلاف مناطق السكن بأن قطاع غزة بؤرة جغرافية صغيرة جدا لا تكاد أن تتمايز فيها معالم القرية عن المدينة من حيث الأماكن والإنشاءات والثقافات كما أننا نلاحظ غياب الطبقية داخل المجتمع الفلسطيني بمفهومها الصحيح، وفي نهاية المطاف نلاحظ أنه في المدرسة الواحدة يوجد جميع الاختلافات من حيث منطقة السكن وكذلك في المسجد الواحد والنادي والجامعة الواحدة وأماكن التنزه ،كما وأن الشعب الفلسطيني في قطاع غزة يعايش نفس الظروف والأحداث بصورة متقاربة الى حد كبير وبالطبع نتوقع أن لا يكون هناك اختلافات أو فروق بين الطلبة على مستوى الأفكار اللاعقلانية تبعا لمتغير منطقة السكن .

٥_ نتائج الفرضية الثالثة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور، إناث).

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث) وتبين النتائج جدول رقم (١٨) أن القيمة الاحتمالية تساوي ٠.٠٠٤ وهي اقل من ٠.٠٥ **وقيمة t المحسوبة المطلقة تساوي ٢.٩٣٠ وهي اكبر من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96** مما يعني وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس (ذكور إناث) والفروق لصالح الذكور.

جدول رقم (١٨)

اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث)

الجزء	الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية
مستوى الأفكار اللاعقلانية	ذكر	267	1.484	0.077	2.930	0.004
	أنثى	266	1.465	0.075		

تفسير نتائج الفرضية الثالثة.

ويرى الباحث أن ذلك ربما يعود لطبيعة التنشئة الاجتماعية داخل المجتمع الفلسطيني بحيث نجد أن وسائل الضغط على الأبناء الذكور في الأساليب التربوية الخاطئة والمتشددة أكثر مما هي علية بالنسبة لمعاملة الإناث ، ونجد أن إلقاء اللوم والتوبيخ والعنف داخل الأسرة الفلسطينية يمارس على الذكور بصورة اكبر من خلال الأب على وجه الخصوص والذي هو محور التنشئة الاجتماعية داخل الأسرة الفلسطينية ، وفي كل الأحوال ربما نجد أن حجم المسؤولية الملقاة على عاتق الأبناء الذكور كبيرة جدا بصورة قد تكون مصحوبة بنوع من إشعارهم بالتقصير وعدم الانجاز بالشكل المطلوب هذا من جانب ، ومن جانب آخر قد نجد أن الإناث أكثر اطلاعا وثقافة من الذكور من حيث الإلمام بالمعلومات المتعلقة بالنمو والتطور ونجد أن لديهن دافعية أكثر في متابعة البرامج التربوية والنشرات التثقيفية والكتب والمجلات العلمية ذات الاختصاص التي بلا شك تساهم في بناء تصورات ايجابية أفضل عن الذات والآخرين وتختلف نتيجة الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة مثل دراسة سعفان ، والعقاد، والقزيط ،وعويضة، وفرج وعلاونه والتي تشير إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس في حيت تتفق نتيجة الدراسة مع دراسة أبو شعر والشيخ والريحاني والتي تشير إلى وجود فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير الجنس لصالح الذكور .

٦_ نتائج الفرضية الرابعة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة. (أول ، رابع).

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول ، رابع) وتبين النتائج جدول رقم (١٩) أن القيمة الاحتمالية تساوي ٠.٢٠٢ وهي اكبر من ٠.٠٥ **وقيمة t المحسوبة المطلقة تساوي ١.٢٧٦ وهي اقل من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96** مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول ، رابع)

جدول رقم (١٩)

اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول ، رابع)

الجزء	المستوى الأكاديمي	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية
مستوى الأفكار اللاعقلانية	أول	259	1.479	0.074	1.276	0.202
	رابع	274	1.471	0.079		

تفسير نتائج الفرضية الرابعة .

ويرى الباحث أن عدم الاختلاف بين المستويين الأول والرابع ربما يرجع إلى عدم وجود فروق كبيرة من حيث المرحلة العمرية بين طلبة المستوى الأول والمستوى الرابع ،وقد يرجع إلى معايشة كلاهما لنفس الظروف الاجتماعية والاقتصادية والأسرية ونفس العوامل التربوية ،والظروف الجامعية والأكاديمية المتشابهة ، أو يرجع إلى انشغال المناهج الجامعية في تلقين الطلاب للمواد الأدبية والعلمية وتجاهل التأثير في الجوانب الدينية السليمة والاجتماعية والروحية والثقافية لديهم، وعدم الاهتمام بمحاولة توجيه الطلاب وإرشادهم نحو الأساليب العقلانية في الحياة الاجتماعية والأسرية ، والنظرة الايجابية نحو المستقبل، بل وربما قد نجد بعض الأكاديميين وبكل أسف يزيد من حدة الإحباط والتذمر لدى الطالب وبث روح التشاؤم والإحباط وعدم التفاؤل والتقليل من قدراتهم وإمكانياتهم ، في حين يجب العمل على تشجيع تلك القدرات والإمكانيات لدى الطلبة حتى وإن كانت بسيطة أو ضعيفة، وإلا سوف يكون بهذا قد دخل الطالب من الباب الأمامي للجامعة وخرج من الباب الخلفي دون أن تنمو لدية التصورات الايجابية نحو الذات والآخرين والمستقبل ، مكتفيا بالنمو المنهجي والمهني فقط . واختلفت نتيجة الدراسة الحالية مع دراسة أبو شعر حيث وجدت دراسة أبو شعر وجود فروق دالة إحصائيا في مستوى الأفكار اللاعقلانية بين المستويين الأول والرابع لدى طلبة الجامعات الفلسطينية لصالح المستوى الرابع .

٧_ نتائج الفرضية الخامسة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع)

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في آراء عينة الدراسة في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع) عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$. والنتائج مبينة في جدول رقم (٢٠) و يتبين أن قيمة F المحسوبة لجميع المحاور مجتمعة تساوي ٠.٤٥٧ وهي اقل من قيمة F الجدولية

والتي تساوي ٣.٠١ ، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع المحاور تساوي ٠.٦٣٤ وهي اكبر من ٠.٠٥ مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

جدول رقم (٢٠)

اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع)

عنوان المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية
مستوى الأفكار اللاعقلانية	بين المجموعات	0.005	2	0.003	0.457	0.634
	داخل المجموعات	3.115	530	0.006		
	المجموع	3.121	532			

قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ و درجة حرية " ٢، ٥٣٠" تساوي ٣.٠١

تفسير نتائج الفرضية الخامسة .

يرى الباحث أن عدم الاختلاف في مستوى الأفكار اللاعقلانية تبعا لمتغير المستوى الاقتصادي ربما يعود إلى ظروف العينة نفسها حيث لاحظ الباحث أن (٥%) تقريبا من أفراد العينة فقط هم من ذوي الدخل المرتفع و(١٤%) من ذوي الدخل المنخفض فقط في حين بلغت نسبة ذوي الدخل المتوسط (٨٠%) تقريبا كما هوا مبين في جدول رقم (٧) في الفصل الرابع ، وهذا يعني أن العينة لم تمثل المستويات الاقتصادية بالشكل المتوازي لذلك ربما يعود عدم هذا الاختلاف إلى ظروف العينة وسيطرة فئة الدخل المتوسط عليها بنسبة (٨٠%) تقريبا مما أثر على نتائج العينة ، أو ربما يرجع ذلك إلى الظروف المحيطة بطبيعة العينة فيمكن أن يكون ذلك نتيجة الظروف المعيشية المتشابهة في ظل الظروف السياسية والاجتماعية والعسكرية الموجودة داخل المجتمع الفلسطيني والتعرض لظروف القهر والضغط النفسي والفقدان والحصار بشكل جماعي دون تميز بين منخفض الدخل أو مرتفع الدخل بالطبع .

٨_ نتائج الفرضية السادسة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم، قرية ، مدينة).

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في آراء عينة الدراسة في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة) عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$. والنتائج مبينة في جدول رقم (٢١) و يتبين أن قيمة F المحسوبة لجميع المحاور مجتمعة تساوي ١.١٨٥ وهي اقل من قيمة F الجدوليه والتي تساوي ٣.٠١ ،

كما أن القيمة الاحتمالية لجميع المحاور تساوي ٠.٣٠٧ وهي اكبر من ٠.٠٠٥ مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة)

جدول رقم (٢١)

اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف مناطق السكن لدى أفراد عينة الدراسة (مخيم ، قرية ، مدينة)

عنوان المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية
مستوى الأعراض المرضية	بين المجموعات	0.530	2	0.265	1.185	0.307
	داخل المجموعات	116.918	523	0.224		
	المجموع	117.448	525			

قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٠٥ و درجة حرية " ٢، ٥٣٠" تساوي ٣.٠١

تفسير نتائج الفرضية السادسة :

وهذه النتيجة تتفق أيضا مع نتيجة مقياس الأفكار اللاعقلانية والتي سبق وأن تطرق الباحث للحديث عنها، ويفسر الباحث بأن ذلك ربما يرجع لصغر مساحة قطاع غزة وعدم الاختلاف الكبير بين المخيم والقرية والمدينة ، من حيث الثقافات والمعالم وعدم وجود ملامح كبيرة تميز بين مجتمع الريف ومجتمع المدينة أو المخيم بحيث أن جميع المعالم تتداخل مع بعضها البعض، وأن هذه المناطق المختلفة تعايش نفس الظروف والإشكاليات والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية المتشابه، وكذلك من حيث الأساليب التعليمية والترفيهية ، وتتعرض لأساليب ضغط واحدة تجمع بينها كالاحتلال الإسرائيلى ، وكذلك أساليب التربية والتنشئة الاجتماعية متقاربة بصورة كبيرة خصوصا أن معظم سكان قطاع غزة يتشابهون في مستويات الظروف المعيشية .

٩_ نتائج الفرضية السابعة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلاله إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور،إناث).

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث) وتبين النتائج جدول رقم (٢٢) أن القيمة الاحتمالية تساوي ٠.٣٤٤ وهي اكبر من ٠.٠٠٥ **وقيمة t المحسوبة المطلقة تساوي ٠.٩٤٨ وهي اقل من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96** مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث).

جدول رقم (٢٢)

اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف الجنس لدى أفراد عينة الدراسة (ذكور إناث)

الجزء	الجنس	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية
مستوى الأعراض المرضية	ذكر	267	2.365	0.481	0.948	0.344
	أنثى	266	2.325	0.468		

تفسير نتائج الفرضية السابعة :

يرى الباحث أن المجتمع الفلسطيني يعايش ظروف أسرية واجتماعية واقتصادية وسياسية متشابهة لا تميز بين الذكور والإناث وبالتالي فأن ذلك ينبأ بأن الجنسين عرضة للإصابة بالإعراض المرضية دون تميز ، كما أن وسائل التكيف المتوفرة لكلى الجنسين واحدة من حيث الأماكن الترفيهية ، والبرامج التفريقية والأنشطة الاجتماعية، كما أن البنية المعرفية تكاد لا تتمايز لكلى الجنسين بصورة كبيرة خصوصا في المرحلة الجامعية ودراسة الثقافات المختلفة والمناهج الأكاديمية وانخراط كلا الجنسين في نفس التخصصات الأكاديمية، كما تتميز هذه المرحلة بتشابه الضغوطات من حيث التفكير بالمستقبل والسعي للتطوير والانجاز ، وفترات الانتقال من مرحلة المدرسة إلى المرحلة الجامعية ومن العزوبية إلى الزواج أو التفكير بذلك إلى آخره من ضغوطات متقاربة في هذه المرحلة قد تساهم في زيادة القلق والأعراض المرضية ،وتتفق نتائج هذه الدراسة مع دراسة البشر(٢٠٠٥) حيث أشارت إلى عدم وجود فروق بين الجنسين على مقياس القلق والاكتئاب لدى أفراد العينة .

١٠_ نتائج الفرضية الثامنة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول، رابع).

لاختبار الفرضية تم استخدام اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول ، رابع) وتبين النتائج جدول رقم (٢٣) أن القيمة الاحتمالية تساوي ٠.٠٥٩ وهي اكبر من ٠.٠٥ **وقيمة t المحسوبة المطلقة تساوي ١.٨٩٢ وهي اقل من قيمة t الجدولية والتي تساوي 1.96** مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة . (أول ، رابع).

جدول رقم (٢٣)
اختبار t لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الأكاديمي لدى أفراد العينة .

(أول ، رابع)

الجزء	المستوى الأكاديمي	العدد	الوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة t	القيمة الاحتمالية
الأعراض المرضية	أول	259	2.305	0.462	-1.892	0.059
	رابع	274	2.383	0.489		

تفسير نتائج الفرضية الثامنة .

ويرى الباحث أن عدم وجود فروق دالة إحصائيا لدى أفراد العينة تعزي للمستوى الأكاديمي، هي بمثابة نتيجة منطقية من حيث العودة إلى التراث الإحصائي النفسي والذي يعبر عن أن بعض الأمراض والاضطرابات النفسية لا تميز بين فئة عمرية بحد عينها وهي منتشرة في كافة مراحل العمر المختلفة بين الأطفال والشباب والكبار، ويعرف أن ربيع بعضها يكون من حيث الانتشار في مرحلة المراهقة وبداية مرحلة الشباب، وهناك تقارب في العينة الدراسية من حيث بداية مرحلة الشباب ومن حيث الفئة العمرية ، ولعل ذلك لعب دورا كبيرا في نتائج هذه الدراسة من حيث عدم وجود اختلاف بين المستويين الأول والرابع على مقياس الأعراض المرضية ، خصوصا أن الاضطرابات النفسية لا تميز عمرا بحد ذاته، بل تنمو وتترع فى الظروف البيئية والاجتماعية والنفسية والاقتصادية والسياسية السيئة بغض النظر عن الفئة العمرية ، مع وجود اختلافات بسيطة وتصنيفات بسيطة تبعا لاختلاف العمر تساهم في تشخيص الاضطرابات النفسية ومع التأكيد بالطبع بأن هناك بعض الاضطرابات التي تخص مراحل عمرية بحد ذاتها ونجد أكثرها موجودة ضمن الاضطرابات الذهانية ، وكذلك عدم وجود الدالة الإحصائية في مستوى الأفكار اللاعقلانية تبعا لاختلاف المستوى الأكاديمي في هذه الدراسة يدعم فكرة التقارب بين المستويين الدراسيين الأول والرابع وينبأ بعدم وجود فوارق بالنسبة للأعراض المرضية لدى أفراد العينة من حيث المستوى الأكاديمي وتتفق نتائج الدراسة الحالية مع دراسة الشهري (٢٠١٠) حيث أشارت إلى عدم وجود فروق بين المستويين الأول والرابع على مقياس العصابية .

١١_ نتائج الفرضية التاسعة والتي تنص على أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف

المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع) .

تم استخدام اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في آراء عينة الدراسة في مستوى الأفكار اللاعقلانية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع) عند مستوى دلالة $\alpha = 0.05$. والنتائج مبينة في جدول رقم (٢٤) و يتبين أن قيمة F المحسوبة لجميع المحاور مجتمعة تساوي ٠.١٢٨ وهي اقل من قيمة F الجدولية والتي تساوي ٣.٠١ ، كما أن القيمة الاحتمالية لجميع المحاور تساوي ٠.٨٨٠ وهي اكبر من ٠.٠٥ مما يعني عدم وجود فروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع).

جدول رقم (٢٤)

اختبار تحليل التباين الأحادي لاختبار الفروق في مستوى الأعراض المرضية تعزى لاختلاف المستوى الاقتصادي لدى أفراد عينة الدراسة (منخفض ، متوسط ، مرتفع)

عنوان المحور	مصدر التباين	مجموع المربعات	درجة الحرية	متوسط المربعات	قيمة " F"	القيمة الاحتمالية
مستوى الأعراض المرضية	بين المجموعات	0.058	2	0.029	0.128	0.880
	داخل المجموعات	117.330	522	0.225		
	المجموع	117.388	524			

قيمة F الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ و درجة حرية " ٢، ٥٣٠" تساوي ٣.٠١

تفسير نتائج الفرضية التاسعة :

ويرى الباحث أن العينة تمثلت بحوالي (٨٠%) من الطلبة الذين ينتمون لأسر ذات دخل اقتصادي متوسط في حين تبين النتائج في الجدول رقم (٧) من الفصل الرابع أن نسبة الطلبة الذين ينتمون لأسر ذات دخل اقتصادي مرتفع تمثلت فقط بنسبة (٥%) ، و (١٤%) لذوي الدخل المنخفض ، ومن خلال هذه النتائج نجد أن هناك تقارب كبير من حيث المستوى الاقتصادي بين أفراد العينة مما يعكس الظروف المتشابه لأفراد العينة وهذا بالطبع سوف ينعكس على نتيجة الدراسة في هذه الفرضية بحيث أنه لا يوجد تمايز كبير بين غالبية العينة من حيث المستوى الاقتصادي ، وبالتالي قد لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية تعزى لمتغير المستوى الاقتصادي ، وكذلك الدراسات والأبحاث السابقة التي تؤكد أن الاضطرابات النفسية والعصابية منها خاصة على حد إطلاع الباحث منتشرة بين جميع طبقات المجتمع بلا تميز سواء إن كانت فقيرة أو غنية آو متوسطة الدخل .

التوصيات والمقترحات :

اولأ: التوصيات

في نتائج الدراسة الحالية يوصي الباحث بما يلي:

١- إعداد البرامج التربوية وبرامج التنشئة الاجتماعية السليمة التي تساهم في خلق تصور أفضل حول الأفكار المتعلقة بالذات والآخرين مما يساهم في خلق صحة نفسية سليمة لديهم وذلك من خلال الجامعات ومؤسسات المجتمع المحلي.

٢- عقد ورشات عمل تربوية يتم من خلالها التأكيد على أهمية التربية السليمة والتي تعزز ثقة الطفل بنفسه خصوصا في السنوات الخمسة المبكرة للطفل ومدى تأثيرها على مستوى الصحة النفسية لديه في الحاضر والمستقبل .

٣- عقد ورشات عمل للطلبة الجامعيين بحيث يتم من خلالها تعليمهم وتبصيرهم بأهمية التفكير الإيجابي ومدى انعكاسه على صحتهم النفسية ،وتبصيرهم بآليات التفكير السلبي وكيف يمكن أن يحدث وينعكس على سلوكهم السلبي وعلى صحتهم النفسية .

٤- انشاء مراكز ونقط إرشادية داخل الجامعات الفلسطينية ، بحيث تقدم الخدمات الإرشادية للطالب الجامعي ومساعدته في التغلب على بعض أفكاره وتصورات السلبية نحو الذات والآخرين والمستقبل.

٥- عقد ورشات عمل للمحاضرين والأكاديميين في كافة التخصصات العلمية وإعطائهم تصور حول الدور الايجابي أو الدور السلبي الذي يمكن أن يعززوه في نفسية الطالب الفلسطيني وذلك من خلال أقسام علم النفس الموجودة في الجامعات الفلسطينية.

٦- الاهتمام بالأنشطة اللامنهجية داخل الحرم الجامعي وخارجه وتشيع الطلبة على المشاركة بها مما يساهم في التخفيف من عبئ الضغوط النفسية التي يعاني منها الطالب الفلسطيني .

ثانيا : الدرسات والبحوث المقترحة .

١- دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية ومستوى الصحة النفسية .
٢- دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاكتئاب النفسي .
٣- دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والقلق النفسي .
٤- دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والاتزان الانفعالي .
٥- دراسة أثر برنامج عقلاني انفعالي في خفض درجات القلق والاكتئاب النفسي.
٦- دراسة العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والذكاوات المتعددة .

قائمة المراجع

- المراجع العربية
- المراجع الأجنبية

المراجع

*** القرآن الكريم.**

المراجع العربية

١- إبراهيم ، عبد الستار(١٩٨٧ م): **علم النفس الاكلينيكي** ، دار المريخ ، الرياض.

٢ - أحمد،عبد الله عثمان (٢٠٠٤): "الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالاحتراق النفسي لدى معلمي مدينة تعز"،**رسالة ماجستير (غير منشورة).**جامعة صنعاء.

٣- أبو هندي ، وائل (٢٠٠٣) : **الوسواس القهري من منظور عربي إسلامي** ، الطبعة الأولى ، عالم المعرفة ، مطابع دار السياسة ، العدد (٢٩٣) ، الكويت .

٤_أبو عزب ، نائل (٢٠٠٨) : "فعالية برنامج إرشادي مقترح لخفض قلق الاختبار لدى طلبة المرحلة الثانوية في بمحافظات غزة" ، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** الجامعة الإسلامية.

٥_ أبو الحجاج، يوسف(٢٠٠٧): **كيف تتغلبين على مشاعر الاكتئاب وتشعرين براحة نفسية،** الطبعة الأولى، دار الكتاب العربي، دمشق ، القاهرة.

٦ – أبو هين، فضل حسين" :(1992) "القلق لدي الأطفال الفلسطينيين في قطاع غزة " دراسة مقارنة بين المواطنين واللاجئين، **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**، جامعة عين شمس، القاهرة.

٧-اقزيط ، أبو القاسم محمد (٢٠٠٢): علاقة الأفكار اللاعقلانية بالعصابية لدى طلبة جامعة مصراته ، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** ، جامعة مصراته ، قسم العلوم السلوكية ، ليبيا .

٨- إمام ، حنفي ، الرمادي ، نور (٢٠٠١): **الشخصية الفصامية** ، مكتبة الانجلو المصرية " ، القاهرة .

٩_ الأنصاري ، بدر محمد (٢٠٠٤): "**القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية" – دراسة ثقافية مقارنة** ، جامعة الكويت .

١٠- الأنصاري، سمير. (٢٠٠٦): **من أجل حياة أفضل**، حقوق الطبع محفوظة للمؤلف

١١- الأنصاري ، بدر (٢٠٠٤):" القلق لدى الشباب في بعض الدول العربية دراسة ثقافية مقارنة" ، **مجلة دراسات نفسية** ، المجلد الرابع ، العدد الثالث ص ص ٣٣٢-٣٥٥ .

١٢- الأنديجاني، عبد الوهاب مشرب ،عصام الدين (١٩٩٩):"الاكتئاب لدى عينة من تلاميذ الصف السادس الابتدائي بمدينة مكة المكرمة في ضوء بعض المتغيرات" **رسالة ماجستير (غير منشورة).**

١٣- الأغا ، بشار (٢٠٠٩): "دراسة سمات شخصية مرضى الوسواس القهري في البيئة الفلسطينية باستخدام برنامج تدريبي علاجي" ، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** الجامعة الإسلامية ، كلية التربية ، غزة ، فلسطين .

١٤_البشر ، سعاد (٢٠٠٥): "التعرض للإساءة في الطفولة وعلاقته بالقلق والاكتئاب واضطراب الشخصية الحدية في الرشد" **مجلة دراسات نفسية** ، المجلد الخامس عشر ، العدد الأول ، ص ص ٣٩٩-٤١٩ .

١٥_النبوي ، منى إبراهيم (٢٠٠٥):التسرب الدراسي وعلاقته بالأفكار اللاعقلانية **رسالة ماجستير (غير منشورة)** الأردن جامعة ، جامعة مؤتة .

١٦- الحجار ، محمد (١٩٨٧):**فن الإرشاد النفسي السريري (الإكلينيكي)**، الحديث المختصر ، مؤسسة الرسالة ، بيروت ، لبنان .

١٧_الحجار ، محمد (١٩٩٣) : **فن الإرشاد النفسي السريري** ، المركز العربي للدراسات الأمنية

١٨-الخالدي ، أديب (٢٠٠٦) : **علم النفس الإكلينيكي (المرضي)** ،الطبعة الأولى ، دار وائل للنشر ، عمان ، الأردن .

١٩- الحمري، مها صالح محمد (٢٠٠١): "فاعلية أسلوب بيك للعلاج المعرفي في علاج الاكتئاب المصاحب للإعاقات الحركية"، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** .

١٩_ الخطيب ، محمد جواد (٢٠٠٤): **التوجيه والإرشاد النفسي بين النظرية والتطبيق** ، الطبعة الثالثة ، مكتبة آفاق ، غزة.

٢٠- الخلف ، سعد إبراهيم (١٩٩٣): "القلق لدى المراهقين في المدينة والقرية "، دراسة مقارنة على عينة من مراهقين مدينة الرياض الإدارية ،**رسالة ماجستير (غير منشورة)** ، جامعة أم القرى ، مكة .

٢١- الخليفي ، سمر (٢٠٠٥):" المخاوف الاجتماعية وعلاقتها ببعض سمات الشخصية لدى بعض ذوات الظروف الخاصة والعادية في مرحلتي الطفولة والمراهقة"، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** ، كلية التربية ، قسم علم النفس جامعة الملك سعود ، الرياض

٢٢ _ الداهري ، صالح حسن (٢٠٠٥): **مبادئ الصحة النفسية** ، الطبعة الأولى ، دار وائل ، عمان ، الأردن .

٢٣- الدباغ ، فخري (١٩٨٣) : **أصول الطب النفسي** ، الطبعة الثالثة ، دار الطباعة ، بيروت.

٢٤-الرشدان، عز خالد (1995): "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية وتقدير الذات لدى طلبة الجامعة الأردنية المهددين بالفصل "، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** ، الجامعة الأردنية عمان، الأردن.

٢٥_ الرفاعي ، نعيم (١٩٨٧): **الصحة النفسية** ، الطبعة السابعة ، مطابع جامعة دمشق ، دمشق.

٢٦_ الرفاعي ، نعيم(١٩٨١): **الصحة النفسية دراسة في سيكولوجية التكيف** ، الطبعة الخامسة ، مكتبة الجامعة ، دمشق ، سوريا.

٢٧- الرميح ،مي (٢٠٠٢)."التمييز بين القلق والاكتئاب باستخدام النموذجين المعرفي والوجداني". **المجلة المصرية للدراسات النفسية** ، المجلد ١٢ ، العدد ٤ ،ص ص ٥٤١- ٥٧٨.
٢٨- الريحاني ،سليمان (١٩٨٧)."الأفكار اللاعقلانية عند الأردنيون والأمريكيون".**مجلة دراسات** ،الجامعة الأردنية ،المجلد الرابع العاشر ،العدد الخامس ص ص ٧٣- ١٢٤.
٢٩- الزهراني ، حسن (٢٠١٠) "الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بإدارة الوقت لدى عينة من طلاب جامعة حائل "، **رسالة دكتوراه (غير منشورة)** ، جامعة أم القرى ، كلية التربية .
٣٠- الزهرانى ، عبد الرحمن(٢٠٠٢): "تأثير حالة القلق و الثقة على تركيز الانتباه وسرعة رد الفعل لدى حكام الكرة الطائرة السعوديين " ،**رسالة دكتوراة (غير منشورة)** .
٣١_الشاذلي ، عبد الحميد محمد (٢٠٠١):**الصحة النفسية وسيكولوجية الشخصية** ، الطبعة الثانية ، المكتبة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.
٣٢ _ الشبابنات ، عبد الرحمن ناصر (١٩٩٥):" تقيم فعالية العلاج العقلاني الانفعالي لحالات الرهاب، **بحث مقدم للمؤتمر الوطني الأول للأمن الفكري** ، في الفترة من ٢٢- ٢٥ جمادي الأول ، بالمملكة العربية السعودية .
٣٣ – الشربيني، لطفي. (٢٠٠١): **الاكتئاب الأسباب والمرض والعلاج**، الطبعة الأولى، دار النهضة العربية، بيروت ، لبنان.
٣٤ – الشهري ، فوزية (٢٠١٠) : " القيم الخلقية وعلاقتها بالعصابية لدى طالبات كلية التربية للبنات ، الرياض . **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**
٣٥- الشيخ ، محمد (١٩٩٠):"الأفكار اللاعقلانية لدى الامريكين والاردنين والمصرين دراسة عبر ثقافية في ضوء نظرية اليس للعلاج العقلاني "، **بحوث المؤتمر السادس لعلم النفس ، القاهرة** .
٣٦_ الطحان ، محمد خالد (١٩٩٢): **مبادئ الصحة النفسية** ،الطبعة الثالثة ، دار القلم للنشر ، دبي ، الإمارات العربية المتحدة
٣٧- الطيب ، محمد عبد الظاهر (١٩٨١م): **تيارات جديدة في العلاج النفسي** ، دار المعارف ،القاهرة.
٣٨_ الطيب ، محمد عبد الظاهر (١٩٩٤) : **مبادئ الصحة النفسية** ، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر .

٣٩- العبيدي ، محمد (٢٠٠٩): **علم النفس الإكلينيكي** ، الطبعة الأولى ، الإصدار الثاني ، دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن .
٤٠-العساف صالح حمد.(١٩٩٥). **المدخل إلى البحث في العلوم السلوكية في العلوم السلوكية.** الرياض: مكتبة العبيكان.

٤١_العقاد ، عصام، قاعود ، محمد (١٩٩١) الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها بالسلوك الهازم للذات لدى عينة من المراهقين والمرهقات ، **مجلة علم النفس** ، جامعة حلوان ، العدد الثالث، ص ص ١٠٥- ١٣٣.

٤٢- العناني ، حنان عبد الحميد (١٩٩٨): **الصحة النفسية للطفل** ، الطبعة الرابعة ،دار الفكر، عمان ، الأردن .

٤٣_ العويضة ، سلطان موسى (٢٠٠٩) : "العلاقة بين الأفكار اللاعقلانية والعقلانية ومستوى الصحة النفسية عند طلبة من جامعة عمان الأهلية" ، **مجلة رسالة الخليج العربي،** العدد ١١٣ ص ص ١٦٧- ١٨١.

٤٤_ العيسوي ، عبد الرحمن (١٩٨٤) : **أمراض العصر والأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية،** الطبعة الثانية ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة .

٤٥_العيسوي، عبد الرحمن(١٩٩٤)**:الأمراض النفسية والعقلية** ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية ، مصر.

٤٦_ الغامدي ، غرم الله بن عبد الرزاق (٢٠٠٩) :" التفكير العقلاني وغير العقلاني ومفهوم الذات ودافعية الانجاز لدى عينة من المراهقين المتفوقين دراسيا والعادين بمدينتي مكة المكرمة وجدة" **رسالة دكتوارة** جامعة أم القرى ، كلية التربية ، السعودية .

٤٧_ الغامدي ، حامد بين احمد (١٩٩٦) : "الاكتئاب النفسي وعلاقته بالتذكر لدى عينة من مراجعي العيادات النفسية بالمنطقة العربية"، **رسالة ماجستير (منشورة)** .

٤٨_القريطى ،عبد المطلب (٢٠٠٣)**: في الصحة النفسية** ، الطبعة الثالثة ، دار الفكر العربي ،القاهرة ، مصر .

٤٩_ الكعبي ، موزة عبيد (١٩٩٧)**: ممارسة برنامج مع حالات القلق النفسي** ، الطبعة الأولى ، مكتبة فهد الوطنية ، الرياض ، السعودية.

٥٠- اللحياني، سامي.(١٩٩٦): مستوى الاكتئاب وقلق الموت لدى عينة من مرضى ومريضات الفشل الكلوي المزمن بالمنطقة الغربية. **رسالة ماجستير (غير منشورة).**

٥١_ المطيري ، معصومة سهيل (٢٠٠٥)**: الصحة النفسية ومفهومها – اضطراباتها** ، الطبعة الأولى ، مكتبة الفلاح ، الكويت .

٥٢- النمري، أمل بنت محمد علي(١٤٢٢هـ):" مفهوم القلق والاكتئاب من وجهتي نظر الإمام ابن قيم الجوزية وبعض الاتجاهات النفسية الغربية الحديثة"، **رسالة ماجستير (غير منشورة).**

٥٣- الهابط ، محمد السيد (١٩٩٩)**: التكيف والصحة النفسية** ، الطبعة الثانية ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية ، مصر.

٥٤_ الهابط ، محمد السيد (١٩٨٩): **أصول صحتك النفسية** ، المكتب الجامعي الحديث ، الإسكندرية .

٥٥- باترسون ، س هـ (١٩٩٢م) : **نظريات الإرشاد والعلاج النفسي** : ترجمة حامد الفقي ، دار القلم، الكويت

٥٦- بولتن ، تيرنز .(١٩٨٩)." قياس اثر بعض فنيات العلاج السلوكي في علاج حالتين من مرض الوسواس والأفعال القهرية" ، **مجلة طب نفسي الأطفال** ، المجلد الأول ،العدد ٢٥ .

٥٧- حسون، تيسير (٢٠٠٤): **مرجع سريع الى المعاير التشخصية من الدليل التشخيصي و الاحصائي المعدل للاضطرابات النفسية.**

٥٨- جمل الليل ، محمد جعفر (٢٠٠٢ م): **المساعدة الإرشادية النفسية** ، الدار السعودية للنشر والتوزيع ، جدة .

٥٩- جودة ، أمال عبد القادر (٢٠٠٥) : الوسواس القهري وتأثيره على الصحة النفسية ، بلسم **مجلة جمعية الهلال الأحمر الفلسطيني** ، العدد (٣٦٥) ، مطبعة الأمل ، القدس – فلسطين .

٦٠- جودة ، أمال عبد القادر .(٢٠٠٤) ." الوسواس القهري على عينات فلسطينية " ، **مجلة كلية التربية** ، جامعة عين شمس ، العدد (٢٩) ، الجزء الأول ، مكتبة زهراء الشرق ، مصر .

٦١_ حجازي، عشائة (٢٠٠١):" فروق أعراض القلق والاكتئاب والمخاوف المرضية عند الأطفال من سن ٦-١٢لدى العادين والمصابين ببعض الاضطرابات النفسجسمية **رسالة ماجستير، قسم علم النفس، جامعة الملك سعود الرياض**

٦٢- حسين ، عبد العظيم طه(٢٠٠٧) : **العلاج النفسي المعرفي – مفاهيم وتطبيقات** ، الطبعة الأولى ،دار الوفاء لدنيا للطباعة والنشر ، الإسكندرية.

٦٣- حمودة ، محمود (١٩٩٠) : **النفس أسرارها وأمراضها** ، مكتبة الفجالة ، القاهرة ، مصر .

٦٤- خليل ، عبد الله (٢٠٠٤): " مدى فاعلية العلاج العقلاني والانفعالي والتدريب التوكيدي في خفض الفوبيا الاجتماعيةلدى الطلاب المعلمين بجامعة أسيوط ، **رسالة ماجستير.**

٦٥- سرحان ، وليد (٢٠٠٨) : **الوسواس القهري** ، سلسلة سلوكيات ، السلسلة السابعة . _ سري ، جلال (١٩٩٠): علم النفس العلاجي ، الطبعة الأولى ، عالم الكتب ، القاهرة .

٦٦- سرحان ، وليد ، وآخرون (٢٠٠١) : **الاكتئاب** ، الطبعة الأولى ، مكتبة مجدلاوي ، عمان ، الأردن .

٦٧- شاهين ، حمدي (٢٠٠٧):" درجة تقدير الذات لدى عينة من طلبة الجامعة في فلسطين وعلاقتها بالتفكير اللاعقلاني ، وفعالية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تحسينها .

٦٨- صابر ، ممدوح(٢٠٠٩): الأفكار اللاعقلانية كإحدى إشكالات الأمن الفكري المؤشرة باضطراب الشخصية ، **رسالة ماجستير (منشورة)** .

٦٩- صفوت ، فرج (١٩٩٩): " العلاقة بين السمات الشخصية والوسواس القهري" **دراسات نفسية** ، العدد الثاني ، المجلد التاسع ، ص ص ١٩١- ٢٢٤ .

٧٠_ضمرة ، جلال (٢٠٠٨) : **الاتجاهات النظرية في الإرشاد** ، الطبعة الأولى ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.

٧١_ رضوان ، عبد الكريم سعيد (٢٠٠٢): "القلق لدى مرضى السكر بمحافظة غزة وعلاقته ببعض المتغيرات " ، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية ، الجامعة الإسلامية ، غزة

٧٢_ روتر ، جليان (١٩٨٩) : **علم النفس الإكلينيكي** ، ترجمة : عطية هنا ، الطبعة الثانية ، دار الشروق ، القاهرة .

٧٣- زهران، حامد عبد السلام :(2001): **الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، الطبعة الثالثة، عالم الكتب ،القاهرة ، مصر .

٧٤_ زهران ،حامد عبد السلام (١٩٩٧م) :**الصحة النفسية والعلاج النفسي** ، عالم الكتب ، القاهرة.

٧٥_عباس ، عبد الخالق (٢٠٠٥): " اتجهات الأبناء نحو أساليب المعاملة الوالدية وعلاقتها بالاكتئاب لدى عينة من المرهقين الكويتين " ، **مجلة دراسات نفسية** ، المجلد الخامس ، العدد الثاني ، ص ص ٢٠٣-٢٣٠ .

٧٦_ عبد الخالد ، احمد محمد (١٩٨٧) : **قلق الموت** ، الطبعة الأولى ، عالم المعرفة ، الكويت

٧٧_ عبد الله ، مجدي احمد (١٩٩٦): **علم النفس المرضي** ، الطبعة الثانية ، دار المعرفة الجامعية ، القاهرة، مصر .

٧٨- عبد الله ،هشام (١٩٩٧). "أثر العلاج العقلاني في خفض مستوي الاكتئاب لدي الشباب الجامعي"،**مجلة الإرشاد النفسي** ،عين شمس ،العدد السابع .

٧٩_عبيدات، ذوقان، وعدس، عبد الرحمن، وعبد الخالق، كايد(٢٠٠١م) **البحث العلمي، مفهومه، أدواته، وأساليبه.** عمان: دار الفكر.

٨٠- عبد الغفار، عبد السلام (١٩٧٦): **مقدمة في علم النفس** ، دار النهضة العربية ، بيروت .

٨١_ عبد الخالق ، احمد محمد (١٩٩٤): **الدراسات التطورية للقلق** ، حوليات كلية الآداب ، جامعة الكويت ، الحولية ١٤ ، الرسالة ٩٠، الكويت .

٨٢_ عبد الهادي ، جودت عزت (٢٠٠١): **تعديل السلوك الإنساني** ، الطبعة الأولى ، الدار العلمية الدولية ، عمان ، الأردن .

٨٣-عبد الرحمن ، محمود ، عبد الله ، معتز(١٩٩٤) ."الأفكار اللاعقلانية لدي الأطفال والمراهقين وعلاقتها بكلا من حالة وسمة القلق ومركز التحكم "، **مجلة دراسات نفسية** ".العدد الثاني ،ص ص ٤١٥- ٤٤٨ .

٨٤- .عبد الغفار ،غادة (٢٠٠٧)."الأفكار اللاعقلانية المنبأة باضطراب الاكتئاب لدي عينة من طلاب الجامعة"، **مجلة دراسات نفسية** ،المجلد السابع عشر،العد الثالث ص ص ٦٤٣- ٦٨٧ .

٨٥- عبد اللطيف ،حسن (١٩٩٧)."الاكتئاب النفسي دراسة للفروق بين حضارتين وبين الجنسين ". **مجلة دراسات نفسية** ،المجلد السابع ،العدد الأول . ص ص ٣٩- ٦٤.

٨٦_ عثمان ، فاروق السيد (٢٠٠١) : **القلق وإدارة الضغوط النفسية** ، الطبعة الأولى ، دار الفكر العربي ، القاهرة .

٨٧- عثمان، السيد فاروق :(1993) "أنماط القلق وعلاقته بالتخصص والجنس والبيئة لدي طلاب الجامعة أثناء أزمة الخليج"، **مجلة علم النفس** ، العدد الخامس والعشرون ، ص ص ٢٨ – 26 ، القاهرة.

٨٨-عسكر، فكري (2002): " فاعلية برنامج إرشادي عقلاني انفعالي في تحسين مفهوم الذات لدى طلاب الجامعة "، **رسالة ماجستير (غير منشورة)**، كلية التربية ببنها، جامعة الزقازيق، مصر.

٨٩- عطا، محمود (١٩٩٣): " تقدير الذات وعلاقته بالوحدة النفسية والاكتئاب لدى طلاب الجامعة " ، **مجلة دراسات نفسية** ، المجلد الثالث ، العدد الثاني ص ص ٢٦٩- ٢٨٧ .

٩٠- عطية ، عز الدين (١٩٩١):" دراسة عن الإعزاءات السببية لمرضى الاكتئاب " ، **مجلة الأبحاث التربوية** ، العدد الثاني والعشرين ، ص ص ٢٤٧- ٢٧٩.

٩١_ عكاشة، احمد (٢٠٠٣): **الطب النفسي المعاصر** ، الطبعة الأخيرة ، مكتبة الانجلو ، القاهرة ، مصر .

٩٢_ عكاشة ، احمد (١٩٩٨): **الطب النفسي المعاصر**، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .

٩٣_ على، كامل (١٩٨٦) **فصام العقل أو الشيزوفرينيا** ، الطبعة الأولى، المؤسسة العربية للدراسات والنشر، بيروت .

٩٤- عياد ، فاطمة (٢٠٠٣): " تقدير الذات والقلق والاكتئاب لدى ذوي التعاطي المتعدد "، **مجلة العلوم الاجتماعية**، المجد الحادي والثلاثون ، العدد الثالث ، ص ص ٦٣٨- ٦٥٩. من المراهقين الكويتيين، مجلة دراسات نفسية ، العدد الثاني ص ص ٢٠٣- ٢٣٠.

٩٥- غانم ، محمد (٢٠٠٦) : **الاضطرابات النفسية والعقلية والسلوكية** ، الطبعة الأولى ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة .

٩٦_ غالب ، مصطفى (٢٠٠٠): **في سبيل موسوعة نفسية** ، مكتبة الهلال ، بيروت.

٩٧- فرج ،علاونة (١٩٩١). "أثر تدريس مساق في التكيف والصحة النفسية في الأفكار اللاعقلانية لدي طلبة الجامعة". **مجلة دراسات** ،الجامعة الأردنية ، المجلد التاسع عشر ،العدد الرابع .

٩٨_ فرج ، محمود إبراهيم (١٩٩٢م): "فعالية الإرشاد العقلاني الانفعالي في بعض مشكلات المراهقة لدى طلاب المرحلة الثانوية" ، **رسالة ماجستير (غير منشورة)** . جامعة عين شمس ، كلية التربية .

٩٩_ فرويد ، سيجموند (١٩٨٩): **الكف والعرض والقلق** ، ترجمة محمد نجاتي ، الطبعة الرابعة

١٠٠- فهمي ، مصطفى (١٩٩٧): **الصحة النفسية دراسات في سيكولوجية التكيف** ، الطبعة الثانية ، مكتبة الخانجي ، القاهرة ، مصر.

١٠١_ قميحة ، حسان وآخرون (١٩٩٣): **الطب النفسي** ، دار النابغة ، حمص.

١٠٢- قوته ، سمير (٢٠٠٧) : **علم الأمراض النفسية** ، مكتبة آفاق ، غزة، فلسطين .

١٠٣_ كفافي ، علاء الدين (١٩٩٩م) : **الإرشاد والعلاج النفسي (الأسري ، المنظور ، النسقي ، الاتصالي)** ، دار الفكر العربي ، القاهرة.

١٠٤- كمال ،علي (١٩٨٨): **النفس انفعالاتها وأمراضها وعلاجها** ، الطبعة الرابعة ، الدار العربية، بغداد .

١٠٥_كوري ، جيرالد (١٩٨٥م): **الإرشاد والعلاج النفسي بين النظرية والتطبيق** ، ترجمة طالب خفاجي ، المكتبة الفيصلية، مكة المكرمة .

١٠٦- مجدي، احمد ، عبد الله، محمد، (٢٠٠٠): **علم النفس المرضي**، دار المعرفة الجامعية ، الإسكندرية ، مصر.

١٠٧- محمد ، جاسم محمد (٢٠٠٤) : **علم النفس الإكلينيكي** ، الطبعة الأولى ، الإصدار الأول ، مكتبة دار الثقافة للنشر والتوزيع ، عمان ، الأردن.

١٠٨_ محمد ، هشام (١٩٩٠):"اثر العلاج العقلاني الانفعالي في خفض مستوى الاكتئاب لدى الشباب الجامعي" ، **رسالة دكتوراه (غير منشورة)**. جامعة الزقازيق .

١٠٩_ محمد ، محمد محمود (١٩٩٣): **علم النفس المعاصر في ضوء الإسلام** ،الطبعة الثانية ، دار الشروق ، جدة.

١١٠- مخيمر ، هشام (٢٠٠٦): الاضطرابات النفسية الشائعة لدى عينة من أبناء العاملين في مدينة مكة المكرمة ، كلية التربية ،**رسالة دكتوراة (غير منشورة)** ، جامعة ام القرى .

١١١_ مخيمر ، صلاح (١٩٧٩): **الصحة النفسية** ، الطبعة الثالثة ، مكتبة الانجلو المصرية ، القاهرة

١١٢_ مرسي ، أبو بكر (١٩٩٧): " أزمة الهوية والاكتئاب النفسي لدى الشباب الجامعي "، **مجلة دراسات نفسية** ، المجلد السابع ، العدد الثالث ص ص ٣٢٣- ٣٢٥.

١١٣ _ مرسي ، كمال إبراهيم (١٩٨١): " علاقة سمة القلق في المراهقة والرشد بادراك الخبرات المؤلمة في الطفولة" ، **مجلة كلية الآداب** ، جامعة الرياض ، المجلد الثامن ص ٧٦- ٨٧.

١١٤- مزنوق ، صهيب (١٩٩٦): " الأفكار اللاعقلانية وعلاقتها ببعض متغيرات الشخصية لدى المراهقين ، **رسالة ماجستير** جامعة عين شمس، كلية البنات .
١١٥_ ملحم ، سامي محمد (٢٠٠١): **الإرشاد والعلاج النفسي** ، الطبعة الأولى ، دار السيرة ، عمان ، الأردن.
١١٦_ نجاتي ،محمد (١٩٨٩): **القران وعلم النفس** ، **الطبعة الأولى** ، دار الشروق ، القاهرة ، مصر .

_ www.showthread.php.htm

-httpwww.elazayem.comSCHIZOPHRENIA.htm

−httpsamtah.netvbshowthread.phpt=31497

−httpsamtah.netvbshowthread.phpt=31497

المراجع الاجنبية .

١-Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) 1994.
2_ Corey , G . Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy . California : Pacific Grove ,1991
3-Ellis , A : Reasons emotive therapy : research data that supports the ٢٩ . clinical and personality hypotheses of R.E.T and other modes of cognitive −behavior therapy . the counseling psychologist . 1977 .

4-Ellis , A Group Rational _ Emotive and cognitive Behavioral therapy . international Journal of group , 1992.
5_Ellis , A Current Psychotherapies , 4th Edition . Ed . Raymond J . Corsini and Danny Wedding . U. S. A .F .E Peacock Publishers lnc . 1989.
6_ Ellis ,A . Current Psychotherapies, 4 th Edition . Ed . Raymond J. Corsini and Danny Wedding . U.S.A . F .E Peacock Publishes lnc . 1989
7_Hawton, K .Salkovskis , M.Kirk, J& Clark,M(1996);Cognitive behavior theory psychiatric problems , practical guide ,oxford ,oxford medical publications.

8-Hogg.J.& Deffenfacher .J.(1988).Irrational Beliefs. Depression Anger Among College Students. Journal Of College Student Personal. July. 27. (4). 349-355.

9-Lester, D.(1989) Locus of control, depression and suicidal ideation. Perceptual and Motor Skills, 69, 1158 .

10- McLean. P "Cognitive versus behavior therapy in the group treatment of obsessive Compulsive disorder". *Journal of consult psychology*. 14, April, P.P 69 - 205. (2001).

11-Watson, et. Al (1989): The Contributions of self-de Eating Philosophies. Perceived Helplessness, and Repression to Anxiety Among Psychiatric Patients, Jounal Of Clinical Psychology, July, Vol 45, No 4, PP. 513-521.

12-Weber, A (1996) The relationship between internal–external control and endogenous versus reactive depression in clinically depressed adults. DAI – B 51/05, 2638.

قائمة

الملاحق

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (١)

اختبار الأفكار العقلانية واللاعقلانية

اعداد الدكتور : سليمان الريجاني

رئيس قسم عل النفس _ الجامعة الأردنية

الجماعة :.................. الكلية :.........................

المستوى :................. التخصص :...................

_ الجنس : ذكر أنثى

_ مكان السكن مخيم قرية مدينة

_ المستوى الاقتصادي مرتفع متوسط منخفض

تحية طيبة :

*** بين يديك قائمة من العبارات والجمل التي تعبر عن أفكار ومبادئ واتجاهات يؤمن بها البعض أو يرفضها .**

*** أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع إشارة (X) في المكان المناسب الذي يعبر عن موقفك قي كل منها.**

*** راجيا التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل صراحة وصدق ممكن**

*** أرجو التأكد من الإجابة على جميع العبارات دون استثناء .**

*** الإجابة على هذه الفقرات سرية بغرض البحث العلمي فقط ولا داعي لكتابه اسم المجيب على الاختبار ، ولك خالص الشكر والتقدير**

م	العبارة	نعم	لا
١	لا أتردد أبدا في التضحية برغباتي في سبيل إرضاء الآخرين		
٢	أؤمن بان كل شخص يجب أن يسعى دائما لتحقيق أهدافه بأقصى ما يمكن الكمال		
٣	أفضل السعي وراء إصلاح المسيئين بدلا من عقابهم ولومهم		
٤	لا استطيع أن اقبل نتائج أعمال تأتي على غير ما أتوقع		

٥	أؤمن بان كل شخص قادر على تحقيق سعادته بنفسه		
٦	يجب أن لا يشغل الشخص نفسه في التفكير بإمكانية حدوث الكوارث والمخاطر		
٧	أفضل تجنب الصعوبات بدلا من مواجهتها		
٨	من المؤسف أن يكون الإنسان تابعا للآخرين ومعتمد عليهم		
٩	أؤمن بان ماضي الإنسان يقرر سلوكه في الحاضر والمستقبل		
١٠	يجب أن يسمح الشخص لمشكلات الآخرين أن تمنعه من الشعور بالسعادة		
١١	اعتقد أن هناك حل مثالي لكل مشكله لابد من الوصول إليه		
١٢	إن الشخص الذي لا يكون جادا ورسميا في تعامله مع الآخرين لا يستحق احترامهم		
١٣	اعتقد انه من الحكمة أن يتعامل الرجل مع المرأة على أساس المساواة		
١٤	يزعجني أن يصدر عني سلوك يجعلني غير مقبول من قبل الآخرين		
١٥	اؤممن بان قيمة الفرد ترتبط بمقدار ما ينجز من أعمال حتى وان لم تتصف بالسعادة أو التعاسة		
١٦	أفضل الامتناع عن معاقبة مرتكبي الأعمال الشريرة حتى أتبين الأسباب		

١٧	أتخوف دائما من تسير الأمور على غير ما أريد		
١٨	أؤمن بان أفكار الفرد وفلسفته في الحياة تلعب دورا كبيرا في شعوره بالسعادة أو التعاسة		
١٩	أؤمن بان من إمكانية حدوث أمر مكروه لا يقلل من احتمال حدوثه		
٢٠	اعتقد أن المساعدة هي في الحياة السهلة التي تخلو من تخمل المسؤولية ومواجهة الصعوبات		
٢١	أفضل الاعتماد على النفس في كثير من الأمور رغم إمكانية الفشل فيها		
٢٢	لا يمكن للفرد أن يتخلص من تأثير الماضي حتى وان حاول ذلك		
٢٣	من غير الحق أن يحرم الفرد نفسه من السعادة بأنه غير قادر على إسعاد غيره مما يعانون من الشقاء		
٢٤	اشعر باضطراب شديد حين افشل في إيجاد الحل الذي اعتبره حلا مثاليا لما أواجهه من مشكلات		
٢٥	يفقد الفرد هيبته واحترام الناس له إذا أكثر من المرح والمزاح		
٢٦	أن يتعامل الرجل مع المرأة من منطق تفوقه عليها يضر في العلاقة التي يجب أن تقوم بينهما		
٢٧	أؤمن بان رضا جميع الناس غاية لا تدرك		
٢٨	اشعر بان لا قيمة لي إذا لم انحز الإعمال الموكلة لي بشكل يتصف بالكمال مهما كانت الظروف		

		بعض الناس مجبولون على الشر والخسة والنادلة ومن الواجب الابتعاد عنهم واحتقارهم	٢٩
		يجب أن يقبل الإنسان بالأمر الواقع إذا لم يكن قادرا على تغيره	٣٠
		أؤمن بان الحظ يلعب دورا كبيرا في مشكلات الناس وتعاستهم	٣١
		يجب أن يكون الشخص حذرا و يقظا من إمكانية حدوث المخاطر	٣٢
		أؤمن بضرورة مواجهة الصعوبات بكل ما استطيع بدلا من تجنبها والابتعاد عنها	٣٣
		لا يمكن أن أتصور نفسي دون مساعدة من هم أقوى منى	٣٤
		ارفض أن أكون خاضعا لتأثير الماضي	٣٥
		غالبا ما تؤرقني مشكلات الآخرين وتحرمني من الشعور بالسعادة	٣٦
		من العبث أن يصر الفرد على أيجاد ما يعتبره الحل المثالي لما يواجهه من المشكلات.	٣٧
		لا أن ميل الفرد للمداعبة والمزاح يقلل من احترام الناس له	٣٨
		ارفض التعامل مع الجنس الأخر على اسسس المساواة	٣٩
		أفضل التمسك بأفكاري ورغباتي الشخصية حتى وان كانت سببا في رفض الآخرين لي	٤٠
		أؤمن أن عدم قدر الفرد على الوصول إلى الكمال فيما يعمل لا يقلل من قيمته	٤١
		لا أتردد في لوم وعقاب من يؤذي الآخرين ويسيء لهم	٤٢

٤٣	أؤمن بان كل ما يتمنى الفرد يدركه		
٤٤	أؤمن بان الظروف الخارجة عن إرادة الإنسان غالبا ما تقف ضد تحقيقه لسعادته		
٤٥	ينتابني خوفا شديدا من مجرد التفكير بإمكانية وقوع الحوادث والكوارث		
٤٦	يسرني أن أواجه بعض المصاعب التي تشعرني بالتحدي		
٤٧	اشعر بالضيق حين أكون وحيدا في مواجهة مسؤولياتي		
٤٨	اعتقد أن الإلحاح على التمسك بالماضي هو عذر يستخدمه البعض لتبرير عدم قدرتهم على التغير		
٤٩	من غير الحق إن يسعد الشخص وهو يرى غيره يتعذب		
٥٠	من المنطقي أن يفكر الشخص في أكثر من حل لمشكلاته وان يقبل بما هو عملي وممكن بدلا من الإسرار على البحث عن ما يعتبره حلا مثاليا		
٥١	أؤمن بان الشخص المنطقي يجب أن يتصرف بالعفوية بدلا من إن يقيد نفسه بالرسمية والجدية		
٥٢	من العيب على الرجل أن يكون تبعا لامرأة		

بسم الله الرحمن الرحيم

ملحق رقم (٢)

اختبار الأعراض المرضية

الجماعة :.................. **الكلية :.........................**

المستوى :................. **التخصص :....................**

_ الجنس : **ذكر** **أنثى**

_ مكان السكن **مخيم** **قرية** **مدينة**

_ المستوى الاقتصادي **مرتفع** **متوسط** **منخفض**

تحية طيبة :

*** بين يديك قائمة من العبارات والجمل التي تعبر عن بعض الأعراض والاضطرابات النفسية**

*** أرجو قراءة كل من تلك العبارات ووضع إشارة (X) في المكان المناسب الذي يعبر عن شعورك قي كل منها.**

*** راجيا التكرم بالإجابة على جميع العبارات بكل صراحة وصدق ممكن**

*** أرجو التأكد من الإجابة على جميع العبارات دون استثناء .**

*** الإجابة على هذه الفقرات سرية بغرض البحث العلمي فقط ولا داعي لكتابه اسم المجيب على الاختبار ، ولك خالص الشكر والتقدير**

الرقم	خلال السنة الماضية	أبدًا ٠	نادرًا ١	أحيانًا ٢	كثيرًا ٣	دائمًا ٤
١	الصداع.					
٢	سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.					
٣	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.					
٤	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.					
٥	أشعر بأن رغبتي وحياتي الجنسية غير طبيعية.					
٦	الشعور بالحساسية اتجاه الآخرين.					

٧	الاعتقاد بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك.					
٨	إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.					
٩	الصعوبة في تذكر الأشياء.					
١٠	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.					
١١	الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.					
١٢	الإحساس بآلام في القلب.					
١٣	الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع.					
١٤	الشعور بالخمول وقلة النشاط.					
١٥	التفكير في إنهاء حياتك.					
١٦	سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.					
١٧	رعشة بالجسم.					
١٨	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.					
١٩	ضعف الشهية للطعام.					
٢٠	البكاء بسهولة.					
٢١	الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.					
٢٢	الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة.					
٢٣	رعب مفاجئ بدون سبب.					
٢٤	ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.					
٢٥	الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.					

٢٦	لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.					
٢٧	الإحساس بآلام أسفل الظهر.					
٢٨	عدم القدرة على إتمام أعمالك.					
٢٩	الإحساس بالوحدة.					
٣٠	الإحساس بالانقباض.					
٣١	القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.					
٣٢	الشعور بعدم الاهتمام من حولك.					
٣٣	الشعور بالخوف.					
٣٤	الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.					
٣٥	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.					
٣٦	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك..					
٣٧	الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.					
٣٨	الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.					
٣٩	الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.					
٤٠	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.					
٤١	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).					
٤٢	الشعور بآلام في العضلات.					

٤٣	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.					
٤٤	صعوبة الاستغراق في النوم.					
٤٥	الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).					
٤٦	صعوبة اتخاذ القرارات.					
٤٧	الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأتوبيسات.					
٤٨	الصعوبة في التقاط أنفاسك.					
٤٩	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.					
٥٠	الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف.					
٥١	الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار.					
٥٢	تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.					
٥٣	الإحساس بأن شيء في زورك (يسد زورك)					
٥٤	الإحساس باليأس من المستقبل.					
٥٥	صعوبة في التركيز.					
٥٦	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.					
٥٧	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا.					
٥٨	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك.					
٥٩	التفكير في الموت.					
٦٠	الإفراط في تناول الطعام.					

٦١	الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبوك.					
٦٢	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.					
٦٣	الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين.					
٦٤	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح ولا أستطيع العودة مرة أخرى.					
٥٥	الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.					
٦٦	نوم مضطرب أو غير مريح.					
٦٧	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.					
٦٨	وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.					
٦٩	الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.					
٧٠	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما.					
٧١	الشعور بأن كل شيء عناء في هناء (الدنيا تعب في تعب).					
٧٢	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول.					

٧٣	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.					
٧٤	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات.					
٧٥	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.					
٧٦	الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من الجلوس هادئا في مكان.					
٧٧	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.					
٧٨	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان.					
٧٩	الشعور بأنك عديم الأهمية.					
٨٠	أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة.					
٨١	أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة أنني أبدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.					
٨٢	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.					
٨٣	الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.					
٨٤	أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت بالأمور الجنسية.					
٨٥	أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك.					

٨٦	أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة.					
٨٧	الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك.					
٨٨	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.					
٨٩	الشعور بالذنب.					
٩٠	الاعتقاد بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك.					

ملحق رقم (٣)

الصدق الداخلي لفقرات مقياس (الأفكار العقلانية و اللاعقلانية)

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
١	**لا أتردد أبدا في التضحية برغباتي في سبيل إرضاء الآخرين**	0.287	0.043
٢	**أؤمن بان كل شخص يجب أن يسعى دائما لتحقيق أهدافه بأقصى ما يمكن الكمال**	0.402	0.004
٣	**أفضل السعي وراء إصلاح المسيئين بدلا من عقابهم ولومهم**	0.295	0.037
٤	**لا استطيع أن اقبل نتائج أعمال تأتي على غير ما أتوقع**	0.319	0.024
٥	**أؤمن بان كل شخص قادر على تحقيق سعادته بنفسه**	0.330	0.019
٦	**يجب أن لا يشغل الشخص نفسه في التفكير بإمكانية حدوث الكوارث والمخاطر**	0.300	0.034
٧	**أفضل تجنب الصعوبات بدلا من مواجهتها**	0.396	0.004
٨	**من المؤسف أن يكون الإنسان تابعا للآخرين ومعتمد عليهم**	0.423	0.002
٩	**أؤمن بان ماضي الإنسان يقرر سلوكه في الحاضر والمستقبل**	0.473	0.001
١٠	**يجب أن يسمح الشخص لمشكلات الآخرين أن تمنعه من الشعور بالسعادة**	0.346	0.014
١١	**اعتقد أن هناك حل مثالي لكل مشكله لابد من الوصول إليه**	0.333	0.018
١٢	**إن الشخص الذي لا يكون جادا ورسميا في تعامله مع الآخرين لا يستحق احترامهم**	0.308	0.030
١٣	**اعتقد انه من الحكمة أن يتعامل الرجل مع المرأة على أساس المساواة**	0.302	0.033
١٤	**يزعجني أن يصدر عني سلوك يجعلني غير مقبول من قبل الآخرين**	0.364	0.009
١٥	**اؤممن بان قيمة الفرد ترتبط بمقدار ما ينجز من أعمال حتى وان لم**	0.467	0.001

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
	تتصف بالسعادة أو التعاسة		
١٦	أفضل الامتناع عن معاقبة مرتكبي الأعمال الشريرة حتى أتبين الأسباب	0.655	0.000
١٧	أتخوف دائما من تسير الأمور على غير ما أريد	0.701	0.000
١٨	أؤمن بان أفكار الفرد وفلسفته في الحياة تلعب دورا كبيرا في شعوره بالسعادة أو التعاسة	0.553	0.000
١٩	أؤمن بان من إمكانية حدوث أمر مكروه لا يقلل من احتمال حدوثه	0.713	0.000
٢٠	اعتقد أن المساعدة هي في الحياة السهلة التي تخلو من تخمل المسؤولية ومواجهة الصعوبات	0.289	0.042
٢١	أفضل الاعتماد على النفس في كثير من الأمور رغم إمكانية الفشل فيها	0.662	0.000
٢٢	لا يمكن للفرد أن يتخلص من تأثير الماضي حتى وان حاول ذلك	0.641	0.000
٢٣	من غير الحق أن يحرم الفرد نفسه من السعادة بأنه غير قادر على إسعاد غيره مما يعانون من الشقاء	0.403	0.004
٢٤	اشعر باضطراب شديد حين افشل في إيجاد الحل الذي اعتبره حلا مثاليا لما أواجهه من مشكلات	0.446	0.001
٢٥	يفقد الفرد هيبته واحترام الناس له إذا أكثر من المرح والمزاح	0.653	0.000
٢٦	أن يتعامل الرجل مع المرأة من منطق تفوقه عليها يضر في العلاقة التي يجب أن تقوم بينهما	0.718	0.000
٢٧	أؤمن بان رضا جميع الناس غاية لا تدرك	0.773	0.000
٢٨	اشعر بان لا قيمة لي إذا لم انحز الإعمال الموكلة لي بشكل يتصف بالكمال مهما كانت الظروف	0.615	0.000
٢٩	بعض الناس مجبولون على الشر والخسة والنادلة ومن الواجب الابتعاد عنهم واحتقارهم	0.716	0.000
٣٠	يجب أن يقبل الإنسان بالأمر الواقع إذا لم يكن قادرا على تغيره	0.371	0.008
٣١	أؤمن بان الحظ يلعب دورا كبيرا في مشكلات الناس وتعاستهم	0.371	0.008
٣٢	يجب أن يكون الشخص حذرا و يقظا من إمكانية حدوث المخاطر	0.474	0.001
٣٣	أؤمن بضرورة مواجهة الصعوبات بكل ما استطيع بدلا من تجنبها والابتعاد عنها	0.300	0.035
٣٤	لا يمكن أن أتصور نفسي دون مساعدة من هم أقوى منى	0.320	0.023
٣٥	ارفض أن أكون خاضعا لتأثير الماضي	0.365	0.009
٣٦	غالبا ما تؤرقنى مشكلات الآخرين وتحرمني من الشعور بالسعادة	0.448	0.001

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
٣٧	من العبث أن يصر الفرد على أيجاد ما يعتبره الحل المثالي لما يواجهه من المشكلات.	0.684	0.000
٣٨	لا أن ميل الفرد للمداعبة والمزاح يقلل من احترام الناس له	0.391	0.005
٣٩	ارفض التعامل مع الجنس الأخر على أسس المساواة	0.600	0.000
٤٠	أفضل التمسك بأفكاري ورغباتي الشخصية حتى وان كانت سببا في رفض الآخرين لي	0.346	0.014
٤١	أؤمن أن عدم قدر الفرد على الوصول إلى الكمال فيما يعمل لا يقلل من قيمته	0.326	0.021
٤٢	لا أتردد في لوم وعقاب من يؤذي الآخرين ويسيء لهم	0.551	0.000
٤٣	أؤمن بان كل ما يتمنى الفرد يدركه	0.585	0.000
٤٤	أؤمن بان الظروف الخارجة عن إرادة الإنسان غالبا ما تقف ضد تحقيقه لسعادته	0.328	0.020
٤٥	ينتابني خوفا شديدا من مجرد التفكير بإمكانية وقوع الحوادث والكوارث	0.446	0.001
٤٦	يسرني أن أواجه بعض المصاعب التي تشعرني بالتحدي	0.533	0.000
٤٧	اشعر بالضيق حين أكون وحيدا في مواجهة مسؤولياتي	0.356	0.011
٤٨	اعتقد أن الإلحاح على التمسك بالماضي هو عذر يستخدمه البعض لتبرير عدم قدرتهم على التغير	0.559	0.000
٤٩	من غير الحق إن يسعد الشخص وهو يرى غيره يتعذب	0.741	0.000
٥٠	من المنطقي أن يفكر الشخص في أكثر من حل لمشكلاته وان يقبل بما هو عملي وممكن بدلا من الإسرار على البحث عن ما يعتبره حلا مثاليا	0.625	0.000
٥١	أؤمن بان الشخص المنطقي يجب أن يتصرف بالعفوية بدلا من إن يقيد نفسه بالرسمية والجدية	0.460	0.001
٥٢	من العيب على الرجل أن يكون تبعا لامرأة	0.333	0.018

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ ودرجة حرية "٤٨" تساوي 0.271

ملحق رقم (٤)

الصدق الداخلي لفقرات مقياس (الاضطرابات النفسية)

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
١.	الصداع.	0.358	0.011
٢.	سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.	0.301	0.034
٣.	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.	0.770	0.000
٤.	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.	0.521	0.000
٥.	أشعر بأن رغبتي وحياتي الجنسية غير طبيعية.	0.362	0.010
٦.	الشعور بالحساسية اتجاه الآخرين.	0.724	0.000
٧.	الاعتقاد بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك.	0.464	0.001
٨.	إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.	0.363	0.009
٩.	الصعوبة في تذكر الأشياء.	0.520	0.000
١٠.	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.	0.332	0.019
١١.	الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.	0.429	0.002
١٢.	الإحساس بآلام في القلب.	0.433	0.002
١٣.	الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع.	0.399	0.004
١٤.	الشعور بالخمول وقلة النشاط.	0.378	0.007
١٥.	التفكير في إنهاء حياتك.	0.752	0.000
١٦.	سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.	0.310	0.029
١٧.	رعشة بالجسم.	0.704	0.000
١٨.	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.	0.481	0.000
١٩.	ضعف الشهية للطعام.	0.437	0.002
٢٠.	البكاء بسهولة.	0.689	0.000
٢١.	الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.	0.368	0.009
٢٢.	الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة.	0.680	0.000
٢٣.	رعب مفاجئ بدون سبب.	0.376	0.007
٢٤.	ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.	0.734	0.000
٢٥.	الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.	0.759	0.000
٢٦.	لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.	0.482	0.000
٢٧.	الإحساس بآلام أسفل الظهر.	0.434	0.002
٢٨.	عدم القدرة على إتمام أعمالك.	0.368	0.009
٢٩.	الإحساس بالوحدة.	0.640	0.000
٣٠.	الإحساس بالانقباض.	0.370	0.008

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
٣١.	القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.	0.543	0.000
٣٢.	الشعور بعدم الاهتمام من حولك.	0.482	0.000
٣٣.	الشعور بالخوف.	0.306	0.031
٣٤.	الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.	0.403	0.004
٣٥.	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.	0.439	0.001
٣٦.	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك..	0.417	0.003
٣٧.	الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.	0.376	0.007
٣٨.	الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.	0.592	0.000
٣٩.	الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.	0.523	0.000
٤٠.	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.	0.600	0.000
٤١.	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).	0.512	0.000
٤٢.	الشعور بآلام في العضلات.	0.561	0.000
٤٣.	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.	0.404	0.004
٤٤.	صعوبة الاستغراق في النوم.	0.543	0.000
٤٥.	الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).	0.283	0.046
٤٦.	صعوبة اتخاذ القرارات.	0.658	0.000
٤٧.	الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأتوبيسات.	0.544	0.000
٤٨.	الصعوبة في التقاط أنفاسك.	0.532	0.000
٤٩.	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.	0.426	0.002
٥٠.	الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف.	0.623	0.000
٥١.	الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار.	0.560	0.000
٥٢.	تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.	0.650	0.000
٥٣.	الإحساس بأن شيء في زورك (يسد زورك)	0.529	0.000
٥٤.	الإحساس باليأس من المستقبل.	0.349	0.013
٥٥.	صعوبة في التركيز.	0.316	0.026
٥٦.	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.	0.661	0.000
٥٧.	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا.	0.345	0.015
٥٨.	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك.	0.589	0.000
٥٩.	التفكير في الموت.	0.342	0.015
٦٠.	الإفراط في تناول الطعام.	0.496	0.000
٦١.	الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو	0.351	0.012

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
	يراقبوك.		
٦٢.	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.	0.311	0.028
٦٣.	الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين.	0.423	0.002
٦٤.	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح ولا أستطيع العودة مرة أخرى.	0.372	0.008
٦٥.	الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.	0.353	0.012
٦٦.	نوم مضطرب أو غير مريح.	0.607	0.000
٦٧.	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.	0.563	0.000
٦٨.	وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.	0.297	0.036
٦٩.	الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.	0.336	0.017
٧٠.	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما.	0.358	0.011
٧١.	الشعور بأن كل شيء عناء في هناء (الدنيا تعب في تعب).	0.435	0.002
٧٢.	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول.	0.597	0.000
٧٣.	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.	0.615	0.000
٧٤.	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات.	0.432	0.002
٧٥.	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.	0.299	0.035
٧٦.	الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من الجلوس هادئا في مكان.	0.295	0.038
٧٧.	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.	0.426	0.002
٧٨.	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان.	0.564	0.000
٧٩.	الشعور بأنك عديم الأهمية.	0.476	0.000
٨٠.	أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة.	0.541	0.000
٨١.	أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة أنني أبدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.	0.522	0.000
٨٢.	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.	0.402	0.004
٨٣.	الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.	0.473	0.001
٨٤.	أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت بالأمور الجنسية.	0.441	0.001
٨٥.	أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك.	0.265	0.063
٨٦.	أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة.	0.459	0.001
٨٧.	الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك.	0.296	0.037

مسلسل	الفقرة	معامل ارتباط سبيرمان	القيمة الاحتمالية
٨٨.	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.	0.565	0.000
٨٩.	الشعور بالذنب.	0.359	0.010
٩٠.	الاعتقاد بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك.	0.597	0.000

قيمة r الجدولية عند مستوى دلالة ٠.٠٥ ودرجة حرية "٢٨" تساوي ٠.٣٦١

ملحق رقم (٥)

تحليل فقرات اختبار الأفكار اللاعقلانية .

تحليل فقرات البعد الأول (من الضروري أن يكون الشخص محبوبا ومقبولا من كل فرد من أفراد

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
١	لا أتردد أبدا في التضحية برغباتي في سبيل إرضاء الآخرين	35.65	64.35	1.64	82.00
١٤	يزعجني أن يصدر عني سلوك يجعلني غير مقبول من قبل الآخرين	7.69	92.31	1.92	96.00
٢٧	أؤمن بان رضا جميع الناس غاية لا تدرك	24.20	75.80	1.76	88.00
٤٠	أفضل التمسك بأفكاري ورغباتي الشخصية حتى وان كانت سببا في رفض الآخرين لي	45.03	54.97	1.55	77.50
	جميع الفقرات+	43.5	56.5	1.56	78.24

+ تم عكس الفقرات ٢٧، ٤٠ لأنها فقرات عقلانية

***تحليل فقرات البعد الثاني (من الضروري أن يكون الفرد على درجة كبيرة من الفعالية والكفاءة والانجاز بشكل يتصف بشكل يتصف بالكمال حتى يكون ذو قيمة واهمية)**

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٢	أؤمن بان كل شخص يجب أن يسعى دائما لتحقيق أهدافه بأقصى ما يمكن الكمال	16.51	83.49	1.83	91.50
١٥	اؤمن بان قيمة الفرد ترتبط بمقدار ما ينجز من أعمال حتى وان لم تتصف بالسعادة أو التعاسة	39.59	60.41	1.60	80.00

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٢٨	اشعر بـان لا قيمـة لـي إذا لـم انحـز الإعمـال الموكلـة لـي بـشكل يتـصف بالكمـال مهمـا كانت الظروف	47.09	52.91	1.53	76.50
٤١	أؤمن أن عدم قدر الفرد على الوصول إلى الكمال فيما يعمل لا يقلل من قيمته	16.51	83.49	1.83	91.50
	جميع الفقرات+	51.9	48.1	1.48	74.06

+ تم عكس الفقرات ١٥،٤١ لأنها فقرات عقلانية

٣.تحليل فقرات البعد الثالث (بعض الناس يتصفون بالشر والوضاعة والجبن ولذلك فهم يستحقون أن يوجه لهم اللوم والعقاب)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٣	أفضل السعي وراء إصلاح المسيئين بدلا من عقابهم ولومهم	19.51	80.49	1.80	90.00
١٦	أفضل الامتناع عن معاقبة مرتكبي الأعمال الشريرة حتى أتبين الأسباب	20.26	79.74	1.80	90.00
٢٩	بعض الناس مجبولون على الشر والخسة والنادلة ومن الواجب الابتعاد عنهم واحتقارهم	31.89	68.11	1.68	84.00
٤٢	لا أتردد في لوم وعقاب من يؤذي الآخرين ويسيء لهم	29.83	70.17	1.70	85.00
	جميع الفقرات+	40.2	59.8	1.60	79.88

+ تم عكس الفقرات ٣، ١٦ لأنها فقرات عقلانية

٤. تحليل فقرات البعد الرابع (انه من المصائب او النكبات المؤلمة او الفادحة أن تسير الأمور بعكس ما يتمنى الفرد او على غير ما يريده المرء لها)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٤	لا اسـتطيع أن اقبـل نتـائج	48.78	51.22	1.51	75.50

	أعمال تأتي على غير ما أتوقع				
١٧	أتخوف دائما من تسير الأمور على غير ما أريد	24.77	75.23	1.75	87.50
٣٠	يجب أن يقبل الإنسان بالأمر الواقع إذا لم يكن قادرا على تغيره	28.14	71.86	1.72	86.00
٤٣	أؤمن بان كل ما يتمنى الفرد يدركه	65.79	34.21	1.34	67.00
	جميع الفقرات +	52.8	47.2	1.47	73.60

+ تم عكس الفقرات ٣٠ لأنها فقرات عقلانية

٤- تحليل فقرات البعد الخامس (تنتج التعاسة عن ظروف خارجية لا يستطيع الفرد السيطرة عليها لو التحكم بها)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٥	أؤمن بان كل شخص قادر على تحقيق سعادته بنفسه	1.74	74.11	1.74	87.00
١٨	أؤمن بان أفكار الفرد وفلسفته في الحياة تلعب دورا كبيرا في شعوره بالسعادة أو التعاسة	1.88	88.18	1.88	94.00
٣١	أؤمن بان الحظ يلعب دورا كبيرا في مشكلات الناس وتعاستهم	1.62	61.91	1.62	81.00
٤٤	أؤمن بان الظروف الخارجة عن إرادة الإنسان غالبا ما تقف ضد تحقيقه لسعادته	1.79	78.61	1.79	89.50
	جميع الفقرات +	55.4	44.6	1.45	72.28

+ تم عكس الفقرات ٥، ١٨ لأنها فقرات عقلانية

٦- تحليل فقرات الفكرة السادسه (إن الأشياء الخطرة أو المخيفة تعتبر سببا للانشغال الدائم والتفكير بها، ويجب أن يكون الفرد دائم التوقع لها)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٦	يجب أن لا يشغل الشخص نفسه في التفكير بإمكانية حدوث الكوارث والمخاطر	48.78	67.17	1.67	83.50
١٩	أؤمن بان من إمكانية حدوث أمر مكروه لا يقلل من احتمال حدوثه	24.77	69.42	1.69	84.50
٣٢	يجب أن يكون الشخص حذرا و يقظا من إمكانية حدوث المخاطر	28.14	89.68	1.90	95.00
٤٥	ينتابني خوفا شديدا من مجرد التفكير بإمكانية وقوع الحوادث والكوارث	65.79	60.79	1.61	80.50
	جميع الفقرات[+]	46.5	53.5	1.53	76.74

+ تم عكس الفقرات ٦، ١٩ لأنها فقرات عقلانية

١- تحليل فقرات الفكرة السابعة (انه من الأسهل أن نتفادى بعض الصعوبات والمسؤوليات الشخصية عن أن نواجهها)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٧	أفضل تجنب الصعوبات بدلا من مواجهتها	48.97	51.03	1.51	75.50
٢٠	اعتقد أن المساعدة هي في الحياة السهلة التي تخلو من تخمل المسؤولية ومواجهة الصعوبات	65.48	34.52	1.35	67.50
٣٣	أؤمن بضرورة مواجهة الصعوبات	20.64	79.36	1.79	89.50

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
	بكل ما استطيع بدلا من تجنبها والابتعاد عنها				
٤٦	يسرني أن أواجه بعض المصاعب التي تشعرني بالتحدي	18.01	81.99	1.82	91.00
	جميع الفقرات+	68.9	31.1	1.31	65.53

+ تم عكس الفقرات ٣٣، ٤٦ لأنها فقرات عقلانية

٧- تحليل فقرات الفكرة الثامنة (ينبغي على الفرد أن يكون مستندا على آخرين وان يكون هناك شخص آخر يستند عليه)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٨	من المؤسف أن يكون الإنسان تابعا للآخرين ومعتمد عليهم	9.57	90.43	1.90	95.00
٢١	أفضل الاعتماد على النفس في كثير من الأمور رغم إمكانية الفشل فيها	19.32	80.68	1.81	90.50
٣٤	لا يمكن أن أتصور نفسي دون مساعدة من هم أقوى منى	50.84	49.16	1.49	74.50
٤٧	اشعر بالضيق حين أكون وحيدا في مواجهة مسؤولياتي	38.09	61.91	1.62	81.00
	جميع الفقرات+	65.0	35.0	1.35	67.50

+ تم عكس الفقرات ٨، ٢١ لأنها فقرات عقلانية

٩- تحليل فقرات الفكرة التاسعة (إن الخبرات والأحداث الماضية تحدد السلوك في الوقت الحاضر وأن الخبرات الماضية لا يمكن استبعادها أو محوها)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
٩	أؤمن بان ماضي الإنسان يقرر سلوكه في الحاضر والمستقبل	54.41	45.59	1.46	73.00
٢٢	لا يمكن للفرد أن يتخلص من تأثير الماضي حتى وان حاول ذلك	49.91	50.09	1.50	75.00
٣٥	ارفض أن أكون خاضعا لتأثير الماضي	17.64	82.36	1.82	91.00

٤٨	اعتقد أن الإلحاح على التمسك بالماضي هو عذر يستخدمه البعض لتبرير عدم قدرتهم على التغير	21.20	78.8	1.79	89.50
	جميع الفقرات+	66.4	33.6	1.34	66.82

+ تم عكس الفقرات ٣٥، ٤٨ لأنها فقرات عقلانية

١٠- تحليل فقرات الفكرة العاشرة (ينبغي على الفرد أن يحزن لما يصيب الآخرين من اضطرابات ومشكلات)

مم	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
١٠	يجب أن يسمح الشخص لمشكلات الآخرين أن تمنعه من الشعور بالسعادة	73.73	26.27	1.26	63.00
٢٣	من غير الحق أن يحرم الفرد نفسه من السعادة بأنه غير قادر على إسعاد غيره مما يعانون من الشقاء	41.46	58.54	1.59	79.50
٣٦	غالبا ما تؤرقنى مشكلات الآخرين وتحرمني من الشعور بالسعادة	38.61	61.39	1.61	80.50
٤٩	من غير الحق إن يسعد الشخص وهو يرى غيره يتعذب	28.89	71.11	1.71	85.50
	جميع الفقرات+	50.0	50.0	1.50	75.02

+ تم عكس الفقرات ٢٣ لأنها فقرات عقلانية

١١- تحليل فقرات الفكرة الحادية عشر (هناك دائما حل صحيح أو كامل لكل مشكلة ، ويجب أن نبحث عن هذا الحل لكي لا تصبح النتائج مؤلمة)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
١١	اعتقد أن هناك حل مثالي لكل مشكله لابد من الوصول إليه	12.57	87.43	1.87	93.50
٢٤	اشعر باضطراب شديد حين افشل في إيجاد الحل الذي اعتبره حلا مثاليا لما أواجهه من مشكلات	24.58	75.42	1.75	87.50
٣٧	من العبث أن يصر الفرد على أيجاد ما يعتبره الحل المثالي لما يواجهه من المشكلات.	48.59	51.41	1.51	75.50

٥٠	من المنطقي أن يفكر الشخص في أكثر من حل لمشكلاته وان يقبل بما هو عملي وممكن بدلا من الإسرار على البحث عن ما يعتبره حلا مثاليا	15.01	84.99	1.85	92.50
	جميع الفقرات+	43.4	59.6	1.57	78.31

+ تم عكس الفقرات ٣٧، ٥٠ لأنها فقرات عقلانية

١٢- تحليل فقرات الفكرة الثانية عشر (ينبغي أن يتسم الشخص بالرسمية والجدية في تعامله مع الآخرين حتى تكون له قيمة أو مكانة محترمة بين الناس)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
١٢	إن الشخص الذي لا يكون جادا ورسميا في تعامله مع الآخرين لا يستحق احترامهم	40.53	59.47	1.59	79.50
٢٥	يفقد الفرد هيبته واحترام الناس له إذا أكثر من المرح والمزاح	25.00	75.00	1.75	87.50
٣٨	لا أن ميل الفرد للمداعبة والمزاح يقلل من احترام الناس له	35.27	64.73	1.65	82.50
٥١	أؤمن بان الشخص المنطقي يجب أن يتصرف بالعفوية بدلا من إن يقيد نفسه بالرسمية والجدية	40.15	59.85	1.60	80.00
	جميع الفقرات+	52.7	47.3	1.47	73.67

+ تم عكس الفقرات ٢٥، ٥١ لأنها فقرات عقلانية

١٣- تحليل فقرات الفكرة الثالثة عشر (لا شك في أن مكانة الرجل هي الأهم فيما يتعلق بعلاقته مع المرأة)

م	العبارة	النسبة المئوية للإجابة (لا)	النسبة المئوية للإجابة (نعم)	المتوسط الحسابي	الوزن النسبي
١٣	اعتقد انه من الحكمة أن يتعامل الرجل مع المرأة على أساس المساواة	20.26	79.74	1.80	90.00
٢٦	أن يتعامل الرجل مع المرأة من منطق تفوقه عليها يضر في العلاقة التي يجب أن	33.40	66.60	1.67	83.50

م	العبارة				
	تقوم بينهما				
٣٩	ارفض التعامل مع الجنس الأخر على أسس المساواة	62.29	37.71	1.38	69.00
٥٢	من العيب على الرجل أن يكون تبعا لامرأة	31.52	68.48	1.68	84.00
	جميع الفقرات+	46.1	53.9	1.54	76.95

+ تم عكس الفقرات ٢٦، ٥٢ لأنها فقرات عقلانية .

ملحق رقم (٦)

ثانيا: تحليل فقرات (لمقياس الاضطرابات النفسية)

١.الأعراض الجسمانية Somatization.

تحليل فقرات (الأعراض الجسمانية)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	(أبدا و نادرا)%	(كثيرا و دائما)%	الوزن النسبي
1	الصداع.	3.10	0.42	0.58	62.0
4	الشعور بالإعياء أو الإغماء أو الدوخة.	2.20	0.89	0.11	44.0
12	الإحساس بآلام في القلب.	1.57	0.95	0.05	31.4
27	الإحساس بآلام أسفل الظهر.	2.61	0.66	0.34	52.2
40	الإحساس بالغثيان واضطراب المعدة.	2.21	0.83	0.17	44.2
42	الشعور بآلام في العضلات.	2.10	0.88	0.12	42.0
48	الصعوبة في التقاط أنفاسك.	1.96	0.91	0.09	39.2
49	الإحساس بنوبات من السخونة أو البرودة في جسمك.	2.12	0.88	0.13	42.4
52	تتميل أو شكشكة في أجزاء من جسمك.	2.04	0.87	0.13	40.8
53	الإحساس بأن شيء في زورك (يسد زورك)	2.02	0.90	0.10	40.4
56	الشعور بضعف في أجزاء من جسمك.	2.27	0.87	0.13	45.4
58	الشعور بثقل في أذرعك أو أرجلك.	2.13	0.88	0.12	42.6
	جميع الفقرات	2.19	0.94	0.06	43.8

٢. الوسواس القهري Obsessive- Compulsive

تحليل فقرات (الوسواس القهري)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
3	وجود أفكار أو خواطر أو ألفاظ غير مرغوب فيها لا تفارق بالك.	2.55	0.70	0.30	51.0
9	الصعوبة في تذكر الأشياء.	2.68	0.67	0.33	53.6
10	الانشغال الزائد فيما يتعلق بالقذارة والإهمال.	1.64	0.94	0.06	32.8
28	عدم القدرة على إتمام أعمالك.	2.62	0.72	0.28	52.4
38	الاضطرار إلى أداء أعمالك ببطء شديد حتى تتأكد من دقتها.	2.67	0.67	0.33	53.4
45	الاضطرار إلى إعادة التأكد من أفعالك (تعيد وتزيد).	2.42	0.79	0.21	48.4
46	صعوبة اتخاذ القرارات.	2.69	0.68	0.32	53.8
51	الإحساس بأن ذهنك خالي من الأفكار.	2.10	0.89	0.11	42.0
55	صعوبة في التركيز.	2.90	0.58	0.42	58.0
65	الاضطرار إلى تكرار نفس الأفعال كاللمس والعد والغسيل.	2.11	0.85	0.15	42.2
	جميع الفقرات	2.44	0.85	0.15	48.8

٣ . الحساسية التفاعلية Interpersonal Sensitivity

تحليل فقرات (الحساسية التفاعلية)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
6	الشعور بالحساسية اتجاه الآخرين.	2.59	0.65	0.35	51.8
21	الشعور بالخجل أو الاضطراب مع الجنس الآخر.	3.08	0.43	0.57	61.6
34	الإحساس بأن مشاعرك يمكن أن تجرح بسهولة.	3.11	0.46	0.54	62.2
36	الشعور بأن الآخرين لا يفهمونك أو لا يتعاطفون معك..	2.17	0.86	0.14	43.4
37	الشعور بعدم صداقة الناس لك أو أنهم لا يحبونك.	1.79	0.93	0.07	35.8

41	الإحساس بأنك أقل من الآخرين (الشعور بالنقص).	1.81	0.91	0.09	36.2
61	الشعور بالاضطراب والضيق عندما يتحدث الناس عنك أو يراقبوك.	2.88	0.55	0.45	57.6
69	الشعور بالخجل والهيبة في وجود الآخرين.	2.41	0.76	0.24	48.2
73	الإحساس بالضيق عند تناول طعام أو شراب في مكان عام.	2.69	0.64	0.36	53.8
	جميع الفقرات	2.50	0.81	0.19	50.0

٤.الاكتئاب Depression

تحليل فقرات (الاكتئاب)

مم	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
5	أشعر بأن رغبتي وحياتي الجنسية غير طبيعية.	1.55	0.95	0.05	31.0
14	الشعور بالخمول وقلة النشاط.	2.55	0.75	0.25	51.0
15	التفكير في إنهاء حياتك.	1.94	0.82	0.18	38.8
20	البكاء بسهولة.	3.23	0.40	0.60	64.6
22	الشعور بأنك محبوس أو مقيد الحركة.	2.32	0.80	0.20	46.4
26	لوم نفسك على الأحداث التي تمر بك.	3.05	0.47	0.53	61.0
29	الإحساس بالوحدة.	2.47	0.74	0.26	49.4
30	الإحساس بالانقباض.	2.23	0.83	0.17	44.6
31	القلق على الأشياء بصورة مبالغ فيها.	2.62	0.67	0.33	52.4
32	الشعور بعدم الاهتمام من حولك.	2.16	0.87	0.13	43.2
54	الإحساس باليأس من المستقبل.	2.47	0.71	0.29	49.4
71	الشعور بأن كل شيء عناء في هناء (الدنيا تعب في تعب).	3.38	0.32	0.68	67.6
79	الشعور بأنك عديم الأهمية.	1.52	0.95	0.05	30.4
	جميع الفقرات	2.42	0.84	0.16	48.4

٥.القلق Anxiety

تحليل فقرات (القلق)

مم	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
2	سرعة الانفعال أو الاضطراب الداخلي.	3.36	0.27	0.73	67.2
17	رعشة بالجسم.	1.82	0.94	0.06	36.4
23	رعب مفاجئ بدون سبب.	1.88	0.90	0.10	37.6
33	الشعور بالخوف.	2.71	0.71	0.29	54.2
39	الإحساس بضربات القلب وزيادة سرعتها.	2.36	0.81	0.19	47.2
57	الشعور بالتوتر أو أنك مشدود داخليا.	2.60	0.75	0.25	52.0
72	نوبات من الفزع أو الذعر بدون سبب معقول.	1.78	0.91	0.09	35.6
78	الشعور بعدم الاستقرار لدرجة لا تمكنك من الجلوس هادئا في مكان.	1.95	0.91	0.09	39.0
80	أشعر بصعوبة في التعرف على الأشياء المألوفة.	1.64	0.96	0.04	32.8
86	أشعر بوجود قوة داخلية تدفعني للقيام بأعمال معينة.	2.94	0.51	0.49	58.8
	جميع الفقرات	2.30	0.90	0.10	46.0

٦.العداوة Hostility

تحليل فقرات (العداوة)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
11	الشعور بسرعة المضايقة والاستثارة.	2.83	0.60	0.40	56.6
24	ثورات مزاجية لا يمكنك السيطرة عليها.	2.13	0.86	0.14	42.6
63	الإحساس بدافع ملح لأن تضرب أو تجرح أو تؤذي شخص معين.	2.01	0.88	0.12	40.2
67	الشعور بدافع ملح لتكسير أو تخريب الأشياء.	1.86	0.92	0.08	37.2
74	الدخول في كثير من الجدل والمناقشات.	2.86	0.59	0.41	57.2
81	أشعر بالعصبية والتوتر لدرجة أنني أبدأ بالصراخ وقذف الأشياء التي تقع في يدي.	2.12	0.80	0.20	42.4
	جميع الفقرات	2.30	0.86	0.14	46.0

٧. قلق الخوف (الفوبيا) Phobia

تحليل فقرات (قلق الخوف (الفوبيا))

م	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
13	الشعور بالخوف في الأماكن المفتوحة أو الشوارع.	2.06	0.83	0.17	41.2
25	الشعور بالخوف من أن تخرج من المنزل بمفردك.	1.89	0.88	0.12	37.8
47	الشعور بالخوف عند السفر بالقطارات أو الأتوبيسات.	1.92	0.87	0.13	38.4
50	الاضطرار إلى تجنب أشياء أو أفعال أو أماكن معينة لأنها تسبب لك الإحساس بالخوف.	2.42	0.76	0.24	48.4
70	الشعور بضيق في الأماكن المزدحمة كالأسواق والسينما.	3.05	0.47	0.53	61.0
75	الشعور بالتوتر عندما تكون بمفردك.	2.40	0.81	0.19	48.0
82	الشعور بالخوف من الإغماء في الأماكن العامة.	1.96	0.85	0.15	39.2
	جميع الفقرات	2.24	0.86	0.14	44.8

٨.البارانويا التخيلية Paranoid Ideation

تحليل فقرات (البارانويا التخيلية)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	%(أبدا و نادرا)	%(كثيرا و دائما)	الوزن النسبي
8	إلقاء اللوم على الآخرين في معظم متاعبك.	2.17	0.90	0.10	2.17
18	الشعور بعدم الثقة في معظم الناس.	2.65	0.69	0.31	2.65
43	الشعور بأن الآخرين يراقبونك أو يتحدثون عنك.	2.21	0.88	0.12	2.21
68	وجود أفكار أو معتقدات لديك لا يشاركك فيها الآخرون.	2.53	0.74	0.26	2.53
76	الشعور بأن الآخرين لا يعطونك ما تستحق من الجلوس هادئا في مكان.	2.48	0.74	0.26	2.48
83	الإحساس بأن الناس سوف يأخذون فرصتك لو مكنتهم من ذلك.	2.16	0.85	0.15	2.16
	جميع الفقرات	2.37	0.83	0.17	2.37

٩. الذهانية : Psychoticism

تحليل فقرات (الذهانية)

م	العبارة	المتوسط الحسابي	(أبدا و نادرا)%	(كثيرا و دائما)%	الوزن النسبي
7	الاعتقاد بأن شخصا ما يستطيع السيطرة على أفكارك.	1.88	0.89	0.11	37.6
16	سماع أصوات لا يسمعها الآخرون.	1.35	0.97	0.03	27.0
35	الاعتقاد بأن الآخرين يطلعون على أفكارك الخاصة.	1.84	0.93	0.07	36.8
62	الشعور بأن أفكارك ليست من صنعك.	1.81	0.96	0.04	36.2
77	الشعور بالوحدة حتى في وجود الآخرين.	2.08	0.86	0.14	41.6
84	أشعر بالتعب وعدم الراحة كلما فكرت بالأمور الجنسية.	2.34	0.78	0.22	46.8
85	أفكار تسيطر عليك بأنك لابد وأن تعاقب على ذنوبك.	3.02	0.53	0.47	60.4
87	الاعتقاد بأن هناك شيئا خطيرا قد حل بجسمك.	2.00	0.86	0.14	40.0
88	عدم الشعور بأنك قريب من أي إنسان آخر.	1.92	0.89	0.11	38.4
90	الاعتقاد بأن هناك تغيرا غريبا قد طرأ على أفكارك.	2.63	0.68	0.32	52.6
	جميع الفقرات	2.09	0.93	0.07	41.8

١٠. ضعف الشهية للطعام و الاضطراب في النوم وصعوبة الاستغراق فيه و الاستيقاظ المبكر وصعوبة العودة إلى النوم مرة أخرى و النوم المضطرب وغير المريح والتفكير في الموت والشعور بالذنب.

تحليل فقرات (ضعف الشهية للطعام و الاضطراب في النوم وصعوبة الاستغراق فيه و الاستيقاظ المبكر وصعوبة العودة إلى النوم مرة أخرى و النوم المضطرب وغير المريح والتفكير في الموت والشعور بالذنب)

مم	العبارة	المتوسط الحسابي	(أبدا و نادرا)%	(كثيرا و دائما)%	الوزن النسبي
19	ضعف الشهية للطعام.	2.42	0.79	0.21	48.4
44	صعوبة الاستغراق في النوم.	2.54	0.73	0.27	50.8
59	التفكير في الموت.	3.15	0.42	0.58	63.0
60	الإفراط في تناول الطعام.	2.38	0.80	0.20	47.6
64	الاستيقاظ من النوم في الساعات المبكرة من الصباح ولا أستطيع العودة مرة أخرى.	2.98	0.52	0.48	59.6

66	نوم مضطرب أو غير مريح.	2.64	0.72	0.28	52.8
89	الشعور بالذنب.	3.12	0.41	0.59	62.4
	جميع الفقرات	2.75	0.66	0.34	55.0